

APPROCHE TRANSVERSALE

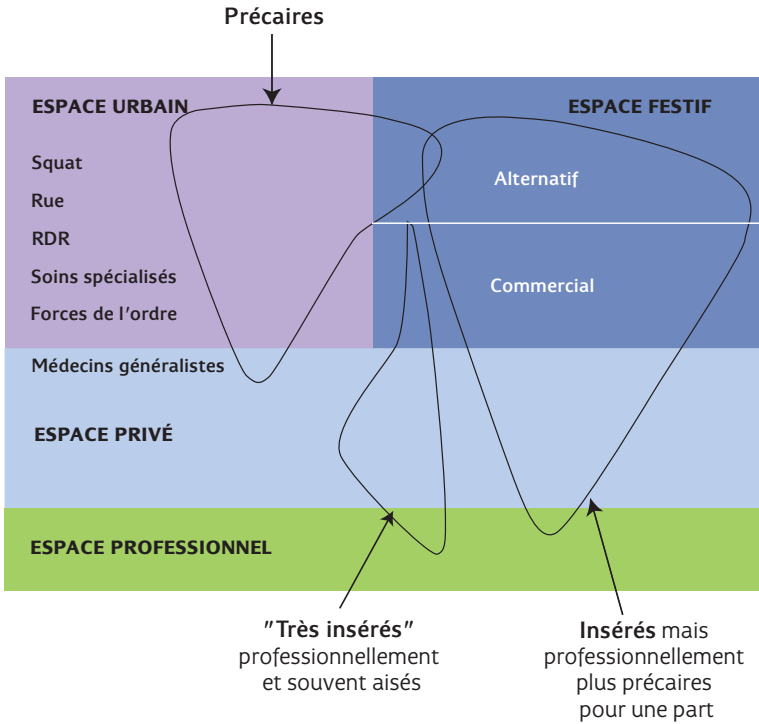


ESPACES ET POPULATIONS

Les espaces urbain et festif techno auxquels a été adjoint l'espace festif gay en 2007, constituent les deux grands domaines d'observation des populations et des usages de drogues du dispositif TREND. A ces deux espaces correspondent, le plus souvent, des populations d'utilisateurs différentes auxquelles sont attachées des perceptions, des expériences des drogues et des pratiques distinctes. Cependant, l'apparition depuis le début des années 2000, d'une population « errante » qui transite dans ces deux espaces d'une part et l'entrée dans la dépendance de certains usagers ayant débuté leurs consommations de drogues dans l'espace festif tend progressivement à rendre plus floues leurs frontières et leurs spécificités.

De plus, on observe depuis plusieurs années, une tendance à la diffusion de l'usage de plusieurs substances à des sphères de plus en plus larges de la société. Ce point constituait déjà une des tendances marquantes du rapport portant sur les données 2006. Après la diffusion de l'usage de la cocaïne au-delà des « élites » qui en usaient jusqu'alors, toutes les couches socio-économiques de la société apparaissent maintenant susceptibles d'en consommer, particulièrement en cas de fréquentation des espaces festifs techno et apparentés. Dès 2006, le phénomène semblait se reproduire avec les opiacés. La tendance ne s'est pas démentie à ce jour mais son extension demeure bien moindre que celle de l'usage de cocaïne. Ainsi, par exemple, des usages d'héroïne chez des personnes parfaitement insérées dans la société et le monde du travail de même qu'en milieu rural, sont observés. Enfin, le micro trafic et l'achat sur Internet, entraînent actuellement une diffusion géographique de la disponibilité des drogues qui participe à une dispersion plus importante des usages. Toutefois, les espaces observés par TREND restent actuellement les champs où l'on peut repérer les tendances les plus récentes, notamment en termes d'usage de drogues illicites.

Graphique 1 - Espaces d'usage et/ou d'observation des principales populations d'usagers réguliers de drogues



RDR : Structures de réduction des risques (CAARUD)

Source : Données qualitatives TREND / OFDT

ESPACE URBAIN

L'espace urbain, défini par TREND, correspond principalement aux lieux où transitent les usagers de drogues (UD) dans les centres urbains des grandes agglomérations, lieux de vie, de rassemblement, d'accueil, de soins, d'activité ou de trafic. Il recouvre essentiellement le dispositif des structures de première ligne, boutiques et PES (Programme d'échanges de seringues) dénommés maintenant CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues) et des lieux plus ou moins ouverts (rue, squat, gares, abords des CAARUD et des centres de soins etc.). La plupart des personnes rencontrées dans ce cadre sont des usagers problématiques de produits illicites dont les conditions de vie sont fortement marquées par la précarité. Cependant ces zones sont également traversées par des usagers de drogues plus insérés socialement (travail, revenus, logement), notamment lorsqu'elles sont le théâtre de trafic.

Description générale des usagers

Sur un plan quantitatif, les données utilisées pour décrire les usagers les plus engagés dans l'usage de drogues sont celles issues des enquêtes menées dans les structures d'accueil et de réduction des risques (CAARUD). Les usagers qui fréquentent ces structures, même si une part d'entre eux est par ailleurs suivie par un dispositif de soins, s'inscrivent encore souvent davantage dans leur parcours toxicomaniaques que dans une logique de soins. Les CAARUD reçoivent ainsi des populations, dans l'ensemble plus polyusagères et plus précaires que celles rencontrées dans les dispositifs de soins. Pour autant, ces données ne suffisent pas à décrire l'ensemble des usagers de drogues qui transitent dans l'espace urbain. Echappent par définition à ce système d'information quantitatif les usagers de drogues qui ne fréquentent pas les CAARUD.

Il faut ainsi noter dans ces données, une probable sous représentation des plus jeunes, jeunes errants en quête d'affiliation alternative ou non, ou *travellers* issus de l'espace festif, accompagnés de chiens, qui utilisent ces structures de manières plus occasionnelle que d'autres usagers. Les usagers de drogues les mieux insérés fréquentent quant à eux encore plus rarement les CAARUD.

Des usagers plutôt précarisés

Selon l'étude ENaCAARUD 2008, les usagers de drogues qui fréquentent les structures de réduction des risques en milieu urbain sont en moyenne relativement âgés (34,1 ans). La moitié (48,8 %) d'entre eux a au moins 35 ans et les moins de 25 ans représentent 18,2 % de l'ensemble [11].

Il s'agit d'une population très majoritairement masculine (78,3 %). La part des femmes est plus importante chez les plus jeunes [Tableau 1]. Ainsi, si seuls 14,4 % des hommes ont moins de 25 ans, les femmes sont 31,8 % à être dans ce cas [11].

Plus de la moitié des personnes rencontrées vivent seules (55,6 %) et 18,9 % en couple, les autres vivent avec des amis, des parents ou seuls avec leurs enfants. Les femmes vivent moins souvent seules que les hommes mais davantage en couple ou encore seules avec leurs enfants (1,2 % vs 9,9 %). Parmi elles, 68 % n'ont pas d'enfant et 20 % en ont un [11].

Tableau 1 - Répartition des sexes en fonction des classes d'âge chez les usagers des structures de première ligne, 2008

	Hommes	Femmes
< 25 ans (N=569)	62,0 %	38,0 %
De 25 à 34 ans (N=1033)	77,0 %	23,0 %
> 34 ans (N=1527)	85,1 %	14,9 %
Total (N=3129)	78,3 %	21,7 %

Source : ENaCAARUD 2008, OFDT/ DGS

Les usagers qui fréquentent en 2008 les structures de réduction des risques en milieu urbain présentent une vulnérabilité sociale importante [11].

■ Parmi eux, la moitié (49,3 %) connaît des conditions de logement instables : 60 % d'entre eux sont sans domicile fixe ou vivent en squat, tandis que les autres disposent d'un mode de logement provisoire⁵.

■ Près du quart dispose d'un salaire ou d'allocations de chômage (21,8 %). Plus de la moitié (51,7 %) perçoivent un revenu social : le RMI (Revenu minimum d'insertion) 35,2 % ou une allocation adulte handicapé (13,9 %). Enfin un autre quart ne dispose d'aucun revenu licite (mendicité, ressources illégales, prostitution) tandis que 1,1 % seulement sont aidés par la famille ou des tiers. L'étude PRELUD 2006 montrait en outre que la structure des ressources différait fortement selon le groupe d'âge considéré. On observait en effet que plus de la moitié des moins de 25 ans n'avait aucun revenu légal [12].

■ Dans l'ensemble, seuls 4,6 % des usagers des structures de première ligne n'ont aucune couverture sociale⁶, 2,9 % bénéficient de l'AME (Aide médicale d'état). La moitié (50,2 % des UD qui fréquentent les CAARUD) sont affiliés à l'assurance Maladie par le biais de la CMU (Couverture maladie universelle).

■ Sur le plan des acquis scolaires, 23,4 % d'entre eux seulement ont atteint le niveau du bac (avec ou sans l'examen). La plus grande partie (63,6 %) dispose d'un diplôme professionnel du secondaire (CAP, BEP) ou n'a pas été au-delà du collège.

■ La grande majorité dispose de papiers d'identité valides (français ou étrangers). Cependant 11,0 % se trouvent sans papiers d'identité. Parmi eux, la moitié se trouve en France illégalement, l'autre moitié a égaré ou s'est fait voler ses documents d'identité.

En outre, les usagers qui fréquentent les CARRUD ont de fréquents contacts avec le dispositif répressif. En 2008, 17,4 % d'entre eux ont connu au moins un épisode d'incarcération dans l'année proportion identique à celle relevée en 2006. Un homme sur cinq est concerné (19,9 %) alors que seules 8,7 % des femmes ont été incarcérées [11].

Selon les témoignages des acteurs socio-sanitaires, les processus de prises en charge psycho-sociale ou sanitaire sont fréquemment interrompus par ces épisodes judiciaires.

... Et fortement consommateurs de produits psychotropes

Les produits les plus fréquemment consommés par les 3 129 usagers interrogés dans les structures de première ligne en 2008 [Tableau 2] demeurent le cannabis et l'alcool [11].

5. Disponible pour une durée inférieure à 6 mois

6. Ni assurance maladie, ni aide médicale d'état.

Un tiers des usagers rencontrés a pris de l'héroïne au cours du mois précédent mais l'opiacé le plus consommé reste la BHD (buprénorphine haut dosage). En 2006, parmi les usagers qui en avaient pris au cours du mois précédent, seule la moitié disait l'avoir utilisée uniquement dans un but thérapeutique⁷ [12]. En 2008, parmi les usagers récents de BHD, les trois quarts disent la recevoir en traitement de substitution. La BHD est également le produit consommé le plus régulièrement par ses usagers dont les trois quarts en prennent quotidiennement.

L'usage de cocaïne sous forme chlorhydrate (poudre) ou sous forme basée concerne presque un usager des CAARUD sur deux (45,7 %). Concernant l'usage du crack (cocaïne achetée sous sa forme basée), la donnée nationale masque un écart important entre Île de France et province puisque sa prévalence d'usage y est respectivement égale à 43,4 % et 4,9 %.

Les consommations de MDMA, d'amphétamine et d'hallucinogènes parmi les usagers des structures de première ligne restent principalement le fait de ceux qui fréquentent également le milieu festif techno (à l'exception de certains hallucinogènes naturels).

Tableau 2 - Prévalence des consommations au cours du dernier mois, parmi les usagers des CAARUD, N=3132, 2008

	Usagers récents (mois précédent)	Part des usagers quotidiens parmi les usagers récents
Cannabis	71,6 %	53,5 %
Alcool	62,7 %	48,7 %
BHD	40,3 %	74,2 %
Héroïne	29,3 %	20,0 %
Méthadone	26,3 %	68,7 %
Sulfates de morphine	14,8 %	38,6 %
Cocaïne poudre / free base	36,3 %	9,5 %
Crack	16,6 %	25,1 %
Amphétamine	14,1 %	3,4 %
Ecstasy	10,6 %	0,6 %
Benzodiazépines	27,9 %	56,9 %
Plantes et champignons hallucinogènes,	8,6 %	3,9 %
LSD	10,8 %	3,3 %
Kétamine	7,4 %	4,7 %

Sources :EnaCAARUD, 2008, OFDT/ DGS

7. La question posée portait sur l'objectif de l'usage. La personne avait le choix entre les options suivantes : 1/ Pour arrêter l'héroïne ou pour se soigner (but dit "thérapeutique"), 2/ Pour se "défoncer", y compris pour gérer la descente d'un stimulant ou pour gérer le manque, 3/ Les deux.

L'étude PRELUD 2006, menée également dans les structures de première ligne, avait par ailleurs montré un profil de consommation particulier des usagers fréquentant à la fois les CAARUD et l'espace festif alternatif. En moyenne plus jeunes, ils apparaissaient plus vulnérables sur le plan social. Leurs usages s'inscrivaient davantage dans un cadre collectif. Ils consommaient en moyenne presque deux fois plus de produits différents au cours d'un mois (hors tabac, alcool et cannabis) que les autres usagers et utilisaient autant les substances appartenant plutôt à la sphère de l'espace festif (MDMA, amphétamine, cocaïne, champignons hallucinogènes) que celles caractéristiques de l'espace urbain (héroïne, BHD, sulfates de morphine, etc.). Enfin, ils concentraient les pratiques d'injection de MDMA et d'amphétamine [12].

Interrogés en 2008 sur **le produit qui leur pose le plus de problèmes**, les usagers citent en premier lieu un opiacé (43,5 %), au premier rang desquels la BHD (21,6 %), l'héroïne n'étant citée que par 12,6 % d'entre eux.

L'alcool est cité par près d'un usager sur cinq (18,7 %).

Parmi les stimulants qui constituent les produits les plus problématiques pour 16,1 % des usagers interrogés, la cocaïne (7,7 %) et le crack (7,7 %) sont essentiellement concernés [11].

Sous populations de l'espace urbain

Les groupes d'usagers décrits dans les lignes qui suivent ne constituent pas la totalité des consommateurs de drogues illicites évoluant dans l'espace « urbain » défini par TREND. Ils permettent cependant d'appréhender la diversité des parcours et des situations et donc la multiplicité des contextes et des types d'usage.

Les anciens héroïnomanes sous substitution

Ces personnes sont en général assez âgées par rapport à l'ensemble des usagers de drogues (de 35 à plus de 40 ans). Elles constituent, si l'on peut dire, la population « traditionnelle » des centres de soins spécialisés. Parmi elles, les situations du point de vue de l'insertion sociale sont variées : certaines ayant pu réintégrer une vie sociale « normalisée » tandis qu'un certain nombre, n'ayant pas encore stabilisé leur parcours addictif, ont pu développer des co-dépendances. Chez ces dernières, l'alcool est particulièrement présent, mais également, depuis quelques années, la cocaïne, parfois injectée ou consommée sous forme de free base. L'héroïne et la cocaïne sont, en fonction des possibilités financières, également consommées sous forme d'« extra » pour casser la monotonie d'un traitement de substitution régulier. Cette population est également fortement consommatrice de benzodiazépines, dans un cadre thérapeutique ou non. Une part de ces personnes continue de pratiquer l'injection, soit pour tenter de retrouver un effet « flash », soit en raison d'une dépendance au « rituel » accompagnant cette pratique.

Les précaires à forte morbidité psychiatrique

Certains usagers, décrits dans plusieurs sites, se caractérisent par une forte morbidité psychiatrique, qui constitue pour eux le problème majeur [12]. Ces usagers, âgés d'environ 30-40 ans, sont en règle polyusagers (« imprégnés de toutes sortes de produits ») avec un profil de consommation de « pauvres ». Ils consomment de grandes quantités de médicaments (BHD, benzodiazépines...), associés à de fortes consommations d'alcool. C'est dans ce groupe que l'on peut observer les usagers d'Artane®, notamment à Marseille, et des consommations importantes de sulfates de morphine détournés, notamment à Paris. Ces usagers en situation d'extrême précarité semblent rejetés des structures psychiatriques. Leur suivi par les structures de soins dédiées aux usagers de drogues s'avère également très difficile. La prescription des traitements médicamenteux nécessaires pose notamment de délicats problèmes.

Une part des « précaires » est constituée d'injecteurs, injectant tout produit disponible [13]. D'autres plus jeunes (20-30 ans) ne pratiqueraient ni injections ni sniff mais associeraient les médicaments avec de grandes quantités d'alcool.

Les jeunes en errance

À côté des populations relativement âgées sont décrits depuis plusieurs années des usagers beaucoup plus jeunes et plus désinsérés ou en voie de le devenir, évoluant pour certains aux marges des milieux techno alternatifs et fréquentant les structures de réduction des risques des centres urbains. En général, la plupart de ces jeunes se retrouve entraînée dans un processus de « désaffiliation » après avoir quitté une institution ou suite à une rupture familiale [14-15] [16]. Le rapport de Metz observe ainsi en 2008, comment des adolescents et des jeunes majeurs placés en institutions sociales (foyer de l'enfance, maison de l'enfant à caractère social) et souvent en fugue de ces institutions entretiennent des liens avec les « jeunes en errance » et consomment déjà divers produits (BHD, héroïne, kétamine...) [17].

La plupart des jeunes en errance vit en squat ou chez des amis. « *Beaucoup ne dorment pas au même endroit d'une semaine sur l'autre* » constatent certains intervenants du champ.

Une part d'entre eux est également visible dans l'espace festif alternatif (population appelée « les satellites ») à la recherche d'affiliation alternative. Parfois confondus avec les *travellers* avec lesquels certains cherchent à s'identifier, leur mobilité est en fait assez réduite, se limitant à des déplacements centrés sur une agglomération. Leurs déambulations sont opportunistes et s'effectuent en fonction des besoins liés à la survie et selon la disponibilité des produits⁸. Contrairement aux groupes de *travellers* souvent plus âgés et maîtrisant davantage un parcours choisi,

8. On trouvera une description qualitative de ces usagers et de leurs usages dans le rapport du dispositif TREND : Bello, P., et al., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. 6ème rapport national du dispositif TREND. 2005, Saint-Denis: OFDT. 176. <http://www.ofdt.fr>

ni leurs modes de vie, ni leurs usages ne sont sous-tendus par des revendications contre culturelles. Ils se déplacent souvent en groupe, accompagnés de chiens. Les plus âgés peuvent adopter un look punk.

D'autres sont tout simplement des jeunes en situation d'exclusion suite à des ruptures biographique (départ volontaire ou forcé du domicile familial) et n'affichent aucune recherche d'affiliation festive. Une part significative d'entre eux serait mineure [13, 16-17]. Les ressources sont issues de la mendicité, éventuellement de petits vols et de la prostitution plus ou moins occasionnellement [16].

Si cette population est masculine dans une large proportion, la part des femmes semble croître depuis 2005. À des degrés variables selon les agglomérations, une féminisation des populations désaffiliées est constatée par les observateurs, notamment parmi les plus jeunes (18-22 ans). Dans cette population féminine, la grande précarité sociale peut mener à la prostitution ainsi qu'à une escalade très rapide vers des comportements à fort risque (injection). La population des moins de 25 ans enquêtée dans le cadre de l'étude ENaCAARUD est féminine à 38,0 %, soit une proportion plus importante que dans les populations plus âgées (18,1 % de femmes chez les 25 ans et plus) [11].

Les consommations de substances psychotropes sont d'abord celles attachées au milieu festif : ecstasy, cocaïne, hallucinogènes, naturels ou non (salvia, cactus, champignon, datura, kétamine). Il n'en demeure pas moins que l'on retrouve dans ces populations des consommations plus spécifiques de l'espace urbain. Ainsi, à Paris, dans les milieux proches des punks et des *travellers*, les détournements de BHD et de sulfates de morphine semblent répandus, de même que les usages de crack. Un autre élément à prendre en compte est la fréquence du polyusage, les mélanges se faisant en fonction des opportunités, ce qui donne un caractère particulièrement anarchique aux consommations dans ce milieu. Il faut mentionner également la fréquence de l'abus d'alcool⁹ [12].

L'injection, conservant son image négative, a longtemps eu la réputation d'être peu pratiquée parmi ces jeunes usagers du fait de leur proximité avec le milieu festif. Toutefois depuis plusieurs années un passage plus fréquent à cette pratique surtout avec l'avancée en âge est noté.

Avec l'entrée dans une dépendance aux opiacés, l'abus d'alcool serait le premier responsable des problèmes sanitaires de ces jeunes. Les dégâts sanitaires liés à un mode de vie particulièrement précaire sont également très présents (affections cutanées, traumatologiques, violences, etc.).

Leur cohabitation avec les autres usagers des structures de réduction des risques ou de soins, lorsqu'ils les fréquentent, est conflictuelle (déplacements en groupe, présence de chiens, etc.). La particularité des moins de 25 ans, par rapport aux per-

9. Leur profil d'usage peut être approché sur un plan quantitatif par celui des moins de 25 ans sans domicile fixe, rencontrés dans les CAARUD dont on peut trouver une description dans le rapport TREND : Cadet-Tairou, A., et al., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006. Huitième rapport national du dispositif TREND. 2008, OFDT: Saint-Denis. p. 189. <http://www.ofdt.fr>

sonnes plus âgés, serait une réticence encore plus importante au contact avec les professionnels du soin ou de la réduction des risques, dont ils ne fréquentent les structures que pour répondre à des besoins de première nécessité. La présence de chiens accroît en outre, les difficultés de prise en charge par les structures [18]. De plus, leur mobilité empêche tout travail dans la durée.

Les témoignages de nombreux intervenants de CAARUD lesquels évoquent notamment un « rajeunissement » des usagers rencontrés, tendent à confirmer l'idée que ce groupe est actuellement en extension [18-19].

Les nouveaux migrants

Un autre groupe, essentiellement urbain, est constitué d'usagers de drogues également très précarisés, principalement en provenance des pays d'Europe de l'est et du Caucase, mais également de Chine ou d'Afrique saharienne et sub-saharienne¹⁰. Chacune de ces populations a une histoire et des pratiques qui lui sont propres. Néanmoins, la plupart de ces usagers auraient débuté leurs consommations dans le pays d'origine.

En région parisienne, la plupart des usagers issus de l'Europe de l'Est et du Caucase vivent dans des squats collectifs. Cette population majoritairement masculine est hétérogène et présente plusieurs profils différents, notamment selon les nationalités d'origine [20]. Leurs conditions de vie les apparentent aux usagers les plus désocialisés. Les pratiques rapportées depuis plusieurs années - injections d'opiacés, notamment de sulfates de morphine, de benzodiazépines, notamment de Valium®, et surtout ingestion de quantités massives d'alcool - s'ajoutent à des difficultés de socialisation (y compris vis-à-vis des autres usagers de drogues) et d'accès aux soins qui en font une population aux besoins spécifiques particulièrement difficile à prendre en charge.

Les personnes originaires d'Asie, essentiellement présentes à Paris, seraient majoritairement issues de la province chinoise du Wenzhou. Ces migrants sont fortement intégrés et liés à leur communauté d'appartenance par le travail, en général clandestin, par lequel, le plus souvent, ils remboursent leur dette vis-à-vis des organisateurs de la filière de passage [20]. Ils consommeraient de l'héroïne exclusivement, plutôt en « chassant le dragon ».

Les usagers de drogues émigrés récemment du Maghreb présentent sur le plan sociodémographique et du point de vue des produits consommés des similitudes avec les usagers d'Europe de l'Est. Pour autant, ils s'en différencient par un faible recours à l'injection, par la protection offerte par les communautés d'origine contre la grande précarité et par leur proximité culturelle avec la France et la langue française, ils apparaissent donc moins exclus des prises en charges socio-sanitaires [20].

10. Des informations plus approfondies sont disponibles dans la note : Gandilhon, M., *Nouvelles populations migrantes et addictions*. 2010, à paraître, OFDT: Saint-Denis. <http://www.ofdt.fr>

Les usagers de drogue issus des quartiers dits « sensibles »

Enfin, on peut maintenant identifier, à défaut de disposer d'informations suffisamment précises, « les usagers de drogues issus des quartiers sensibles » [13, 17, 21]. Ces quartiers dits sensibles, autrement appelés « cités », se situent plutôt à la périphérie de Paris (« banlieues ») s'agissant de l'Île de France et dans les quartiers populaires des autres métropoles régionales. Les usagers de ces quartiers où sont le plus souvent implantés les réseaux de trafic (de cannabis en premier lieu), sont souvent impliqués eux-mêmes dans ces trafics. Leur consommation est surtout centrée sur l'alcool et le cannabis, mais se tournent maintenant vers la cocaïne que certains réseaux ont ajoutée à leur palette de produits [9] [voir aussi chapitre sur la cocaïne]. Lorsqu'ils sont installés dans des consommations problématiques, ils semblent n'avoir que très peu de liens avec le dispositif spécialisé de prise en charge.

ESPACE FESTIF

L'espace festif techno regroupe l'espace festif alternatif (free parties, rave parties, teknivals) et l'espace festif commercial (bar et clubs programmant de la musique techno, discothèques, etc.).

Ces espaces sont des lieux de consommation, plus ou moins selon leur cadre et les personnes qui les fréquentent, mais ils constituent également des lieux pour approcher des populations qui peuvent consommer ailleurs.

Les manifestations festives alternatives se structurent autour d'un ou plusieurs sound system et prennent différentes formes :

- les *raves parties* (payantes, rassemblant en général plusieurs milliers de personnes, organisées dans des établissements de nuit principalement) et soumises à autorisations,
- les *free parties* rassemblant un nombre moindre de personnes (de l'ordre de la centaine) et se déroulant souvent en extérieur (ou dans un bâtiment « détourné » type usine désaffectée) sur une ou deux nuits, de manière « sauvage », sans autorisation, gratuites ou sur donation ;
- ou enfin les teknivals, manifestations de grande ampleur en plein air, gratuites, attirant un public plus large (jusqu'à 80 000 personnes) et pouvant durer plus de 3 jours.

Il faut y ajouter divers contextes où s'étendent les usages de la sphère festive :

- Les fêtes privées en extérieur, « barbecue techno » et autres « week-end champêtres » qui peuvent rassembler « à la campagne » entre une vingtaine et plusieurs centaines de personnes appartenant à un même réseau amical [22-23]. Certaines pourraient prendre la forme de « week-end champi » ou de fêtes centrées plus géné-

ralement sur l'expérimentation d'hallucinogènes, telles que les « soirées pleine-lune » décrites à Paris en 2008 [21].

- Les festivals d'été : ils attirent des populations très diverses et se doublent généralement d'un « festival off » où s'insère un espace free party. Les produits psychoactifs y sont très disponibles, apportés par les festivaliers (« off » en général) ou vendus sur place [21, 23-24].

- Les squats artistiques où des soirées musicales seraient l'occasion de consommations de type festif (cocaïne, MDMA, LSD) [22-23].

- Les soirées privées en appartement : se déroulant en cercle restreint ou plus élargi de connaissances, elles seraient une occasion particulièrement fréquente d'initiation à de nouveaux produits.

- Les « after » réunissent à la suite d'une soirée en club, un cercle amical et des connaissances faites pendant la soirée. Les consommations visent à continuer la fête dans une ambiance plus calme ou à adoucir la « descente des stimulants » pris préalablement [1, 21].

Éléments de contexte

Évolution de la structure de l'espace « techno »

À partir de 2002, le décret n° 2002-887 du 3 mai 2002 (dit Mariani et Vaillant) précise les modalités selon lesquelles les organisateurs de *rave-parties* sont tenus de déclarer leurs projets aux préfets des départements concernés et prévoit un régime différencié selon que les organisateurs souscrivent ou non un engagement de bonnes pratiques. Suite à son entrée en vigueur, une restructuration de la scène se dessine dans « l'espace festif ».

On assiste alors à une raréfaction des événements non commerciaux (du type free party), à un éclatement de cet espace en de petites free parties très discrètes et à une hausse de la fréquentation des clubs et des discothèques par les usagers de drogues du milieu festif. Ceci a pour conséquence une diffusion de certains produits en clubs et en discothèques, un déplacement d'une partie de l'offre de certains produits (stimulants, hallucinogènes) dans « l'espace urbain » et l'accroissement de la fréquentation des fêtes transfrontalières (en Espagne par exemple).

L'action des associations de RDR (réduction des risques) en milieu festif s'en trouve limitée : peu ou pas présentes en milieu festif commercial, elles ne peuvent se rendre dans les free parties devenues trop dispersées et confidentielles [15, 25].

Parallèlement, le mouvement techno prend de l'ampleur et le nombre de ses adeptes s'accroît considérablement. Perdant une part de sa spécificité, il s'étend à d'autres lieux festifs plus conventionnels, au premier rang desquels, les **discothèques et les boîtes de nuit**.

À la faveur de ces évolutions, les usages de psychotropes autres que l'alcool, cantonnés il y dix ans à l'espace festif alternatif, se sont diffusés dans les lieux festifs commerciaux.

La présence ou non des produits à l'intérieur même des établissements et la discrétion de leur consommation est très variable selon la tolérance ambiante, celle des patrons en premier lieu, selon la programmation musicale qui va attirer telle ou telle frange de la population et selon le profil des habitués. Lorsque vente et consommation s'avèrent impossibles à l'intérieur d'un établissement, ceux-ci se déroulent volontiers sur les parkings.

Un cas particulier est constitué par les *mégadancings* belges proches de la frontière dont le public est très majoritairement français. Ils accueillent, selon le rapport TREND lillois, plusieurs milliers de jeunes chaque week-end. Ces lieux sont réputés pour leur très large tolérance vis-à-vis de la vente de stupéfiants à leurs abords et dans les locaux mêmes [24].

En 2008, les petites free parties continuent à se multiplier sans publicité dans des lieux annoncés au dernier moment à des cercles d'initiés et y accéder tient souvent du jeu de piste [17, 21]. Deux sites de TREND, Metz et Toulouse, indiquent que l'offre festive commerciale techno ne répond plus aux attentes des usagers (à Metz parce que le secteur commercial délaisse la techno, à Toulouse parce que la qualité de l'offre et l'absence de permissivité vis-à-vis des drogues ne leur convient pas), le public se tournant vers les pays frontaliers (Barcelone pour Toulouse) ou les régions voisines.

Surveillance accrue lors des événements festifs

Dans les espaces festifs commerciaux, c'est surtout contre le trafic que s'est exercée la pression selon un phénomène initié depuis trois à quatre ans semble-t-il. Les patrons d'établissements seraient également devenus moins tolérants du fait des risques que le trafic fait peser sur leur commerce. Un certain nombre de dealers seraient « tombés » amenant les autres à devenir plus méfiants.

En 2007, plusieurs informateurs du milieu festif breton mentionnaient par ailleurs une pression constante des services répressifs à l'égard du mouvement techno underground. Chacun, acteur de la réduction des risques comme teuffeurs, se ferait fouiller à l'entrée du site où lors de barrages routiers à proximité.

« En effet, des contrôles quasi-systématiques sont mis en place à la sortie des free parties illégales. « Maintenant, à chaque fois tu vas en teuf, t'es sûr de souffler dans le ballon (contrôle d'alcoolémie) après » indique un usager. Et il ajoute : « Tu commences même à voir les douanes avec les chiens, le ballon l'année dernière, c'était déjà comme ça mais les chiens c'est la première fois que je vois ça. Il y a deux semaines, à l'entrée d'une soirée en plein air, je me suis fait arrêter par les douanes je crois! ou les gendar-

mes, je ne sais plus, ils m'ont demandé de sortir du véhicule, de me mettre les bras en croix devant la voiture et le chien m'a reniflé. J'étais avec ma copine et elle s'est fait fouiller son sac et ils ont regardé la voiture. De toute façon, on n'avait rien donc ils nous ont relâchés. Le bon coup de stress quand même ! ». D'autres anecdotes concernant des contrôles ont été relevées, notamment au cours d'une soirée organisée sur un chemin public au milieu d'une forêt : « les flics sont passés, ils n'ont rien dit mais par contre ils ont pris les plaques d'immatriculation et j'ai un pote qui s'est pris une amende pour stationnement dans la forêt... 135€ ». La pression des forces de l'ordre est maintenue sur le milieu techno underground et se fait davantage ressentir. » [26]

Ces contrôles poursuivis en 2008 sont souvent jugés disproportionnés par les associations de réduction de risques et les teuffeurs concernant des événements de relativement faible ampleur, « les rave multisons¹¹ » qui regroupent 2 000 à 4 000 personnes, au regard de teknivals qui en rassemblent plusieurs dizaine de milliers.

Dans ces petites fêtes, les forces de l'ordre pourraient intervenir à l'intérieur de la fête, contrairement aux usages passés. Le rapport parisien signale que la pression policière pourrait parfois se dérouler au détriment des aspects sanitaires en limitant l'accès des acteurs de la réduction des risques aux événements non autorisés.

Cela étant, les nombreuses analyses urinaires réalisées dans ce cadre (rapport rennais toujours), s'avèreraient très souvent positives (pas de mesure, mais le rapport fait état de 3 à 4 substances positives par urine).

Conséquence de cette évolution, les rave pourraient être moins fréquentées et la tendance à la multiplication des petite *free parties* non déclarées se poursuit. Par ailleurs, le site rennais mentionne une certaine désaffection des jeunes précaires (qui fréquentent aussi les structures de première ligne) pour le milieu festif, les rave s'avérant trop contrôlées et les free parties difficilement accessibles à cette population sans moyen de transport ni accès à l'information.

Description des populations

Pour identifier des populations, à travers ces lieux ou ces événements, une étude ethnographique menée en 2004 et 2005 dans plusieurs agglomérations a fait apparaître des logiques d'organisation de la population festive similaires dans l'ensemble des sites. La population festive peut ainsi être appréhendée grâce à une typologie composée de quatre groupes d'affinité, lesquels constituent des sous-populations homogènes tant par leur vécu identitaire que par la perception du groupe par les observateurs extérieurs [27].

11. Les rave multison (c'est-à-dire avec plusieurs sound system sont organisée comme une alternative au teknival, plusieurs raves organisées dans plusieurs département étant censées remplacer un teknival, difficile à organiser et à contrôler.

■ **Le groupe d'affinité « Alternatif »** regroupe les amateurs de free parties et de rave parties. Les free parties se déroulent le plus souvent sans autorisation légale, à l'extérieur dans un coin de nature ou sur des sites industriels abandonnés. Les amateurs de free parties revendiquent une image décalée relevant de la « contre-culture ». Les *travellers*, qui vivent en « camion »¹² et cheminent de manifestations festives en manifestations festives sur le sol européen, mènent une vie qui constitue pour nombre de participants des free parties le style idéal de vie. Une partie d'entre eux adopte d'ailleurs cette existence durant les congés scolaires, universitaires, ou entre deux périodes de travail temporaire. Les rave parties rassemblent jusqu'à six mille personnes pour des soirées événementielles payantes organisées dans de grands espaces ou en plein air pendant la saison estivale. Les participants des rave parties revendiquent eux aussi une image « décalée », mais teintée d'une composante plus hédoniste.

■ **Les membres du groupe d'affinité « Soirées Urbaines »** se retrouvent généralement dans des bars musicaux, plus rarement dans des espaces loués pour des soirées rassemblant moins de mille personnes, exceptionnellement à l'extérieur, lors d'un festival « électro ». Cette population serait plus insérée socialement et idéologiquement (on y retrouve beaucoup d'étudiants) que les amateurs de soirées alternatives. Elle apparaît cependant composée de personnes qui revendiquent aussi une image décalée et contestataire. Les bars musicaux qu'ils fréquentent sont souvent situés dans le centre historique des agglomérations. Les personnes qui constituent ce groupe d'affinité se définissent comme plus mélomanes que les autres groupes qui appartiennent à la grande famille « électro » : un lieu est avant tout sélectionné pour la qualité de sa programmation musicale. On peut y intégrer les Arties identifiés par le site de Metz, population éclectique de 25 à 50 ans, dont le dénominateur commun est l'intérêt manifesté par les activités culturelles ou politico-culturels teintées d'anticonformisme ou de contre-culture [17].

■ **Les membres du groupe d'affinité « Clubbing »** se réunissent dans des boîtes de nuit dédiées à la musique électronique et étiquetées « Club électro ». Ce groupe est essentiellement constitué d'une population hédoniste qui consacre un budget important à ses sorties et à son habillement. Les établissements dits Gay friendly font toujours partie des lieux fréquentés par ce groupe. Les membres de ce groupe d'affinité privilégient souvent la danse à la musique ; ici, la notion de fête est associée aux soirées mythiques d'Ibiza. La logique de séduction préside dans leurs rapports sociaux, de façon beaucoup plus visible et explicite en tout cas que dans les deux groupes d'affinité précédents. Même si certaines personnes peuvent se sentir assez proches de l'esprit des soirées rave du milieu alternatif, tous les membres du groupe se définissent généralement comme une antithèse de l'espace alternatif version free parties et musique hardcore.

12. Qui ne sont pas forcément des camions en réalité, mais des camionnettes aménagées.

■ Les membres du groupe d'affinité « Select » se concentrent dans des boîtes de nuit dont les portes ne s'ouvrent que sur cooptation et dans des bars musicaux d'accès libre, mais où s'opère une sélection à l'entrée, du fait de l'obligation d'une tenue correcte. C'est une population qui cultive l'entre-soi, et une image chic et branchée ; elle pratique une culture de la distinction au travers de l'apparence, via l'habillement ou d'autres attributs telle la voiture. Les individus qui composent ce groupe semblent se percevoir comme une sorte de jet set et leur niveau de vie appa-

Tableau 3 - Consommation au moins une fois au cours des trente derniers jours des principales substances psychoactives illicites ou détournées de leur usage dans l'ensemble de l'échantillon et dans les groupes d'affinité, 2004-2005

	%	Estimation du % pondéré**	Alternatif	Urbain	Clubbing	Select	P
Cannabis	68,5	72,2	88,2	73,6	50,2	50,0	<0,001
Champignons hallucinogènes	12,4	14,6	24,8	13,8	2,1	2,1	<0,001
Crack ou free base	6,1	7,3	13,4	4,5	1,4	1,6	<0,001
Cocaïne non basée	34,6	34,8	50,0	27,1	27,9	27,1	<0,001
Ecstasy	32,4	32,9	53,8	24,9	24,9	11,5	<0,001
Héroïne	6,7	8,0	15,5	3,5	2,3	1,0	<0,001
Kétamine	2,3	2,5	6,5	0,8	0,2	0,0	<0,001
LSD	10,5	12,6	23,5	8,0	2,8	0,5	<0,001
Amphétamines	13,4	13,7	29,0	8,0	5,3	3,6	<0,001
Poppers	10,2	8,6	9,0	7,3	17,2	3,6	<0,001
Opium et/ou rachacha de pavot	4,3	5,4	8,6	4,3	0,9	1,0	<0,001
Benzodiazépines	1,8	1,3	2,3	1,0	2,1	1,6	NS
Cocaïne et/ou ecstasy			70,8	37,7	37,2	30,2	<0,001
Tous produits * sauf alcool et cannabis			81,3	46,7	43,2	34,4	<0,001

* Au moins une prise de champignons hallucinogènes et/ou crack et/ou cocaïne et/ou ecstasy et/ou héroïne et/ou kétamine et/ou LSD et/ou amphétamines et/ou poppers et/ou opium et/ou rachacha et/ou benzodiazépines

** Après redressement des résultats bruts en fonction du poids estimé de chaque groupe d'affinité sur chaque site

Source : **Quanti festif 2004-2005, OFDT/GRVS**

raît plus élevé que celui des membres des autres groupes d'affinité. Par contre, les membres des autres groupes d'affinité considèrent les lieux de prédilection « Select » comme des lieux « bourgeois » dont ils décrivent la programmation musicale.

La consommation d'alcool au cours des trente derniers jours est le fait de 96 % des personnes rencontrées. Si le polyusage apparaît être la situation la plus répandue, ces groupes se distinguent les uns des autres par des profils de consommation variés [tableau 3] [27]. Ainsi, les usagers rencontrés dans l'espace alternatif affichent clairement des profils d'usage récent plus intenses que les personnes fréquentant les autres espaces festifs « électro ». C'est dans cet espace également que les personnes déclarent le plus souvent sortir « pour prendre des drogues » (37 % contre 22 % dans l'ensemble des groupes). Le cannabis y est consommé quotidiennement par 67 % des personnes rencontrées (contre 41 % de l'ensemble) et la cocaïne, plus d'une fois par semaine, chez 16 % des personnes (contre 12 % pour l'ensemble). Le sniff y a été au moins expérimenté par 85 % des personnes (66 % dans l'ensemble de la population) et utilisé récemment (dernier mois) par 64 % des usagers de l'espace alternatif (40 % dans l'ensemble).

L'injection reste très marginale dans cette espace. Seuls, 8,5 % l'ont expérimenté dans l'espace alternatif et 1,5 % l'ont utilisé au cours du mois précédent (respectivement 4,6 % et 0,5 % dans l'ensemble de la population festive « électro ») [27].

Sous-populations de l'espace alternatif

Le rapport toulousain 2007 a proposé une typologie des sous-populations rencontrées dans l'espace festif alternatif qui permet de mieux comprendre la diversité des publics rencontrés dans cet espace et a été reprise ici [28]. Ces sous-populations sont identifiées par les termes de « fondateurs », « expérimentateurs » et « satellites ».

Les « fondateurs »

Ils constituent le noyau dur du mouvement techno alternatif qu'ils font perdurer en s'impliquant dans l'organisation des soirées. Garants de l'esprit de la culture techno et de la philosophie alternative des *travellers*, ils offrent des modèles d'identification pour les publics plus périphériques de cette mouvance. L'identité de groupe est très valorisée avec une forte revendication d'un type de musique, quel qu'en soit le courant. Leur approche des drogues est « festive » c'est-à-dire indissociable de la musique et de la fête. Ils consomment les produits « traditionnels » attachés au milieu festif, à savoir stimulants et hallucinogènes, les opiacés n'intervenant éventuellement que pour adoucir les descentes. L'injection n'est pas acceptée dans ce milieu. Se considérant comme des usagers non problématiques, ils utilisent très peu les dispositifs de réduction des risques en milieu urbain à moins d'une dérive dans l'usage entraînant une forte marginalisation [28].

Les « expérimentateurs »

Les « expérimentateurs », plus jeunes, apparaissent comme des « consommateurs » du milieu festif underground. Ils s'identifient de façon plus lointaine à la culture alternative dont ils ne connaissent ni les codes, ni la philosophie. Leur démarche festive est toujours motivée, par la recherche de produits psychotropes. Sédentaires, ils vivent, pour les plus jeunes, encore chez leurs parents. Les modes d'usage imitent ceux des « fondateurs » mais la méconnaissance des repères traditionnels de cet espace tend à faire reculer la stigmatisation dont l'injection faisait l'objet jusqu'alors. Ils sont souvent assez ignorants des pratiques de réduction des risques [28].

Les « satellites »

Ce dernier groupe rassemble les populations nommées antérieurement « nomades » ou « errantes » en fonction de leur degré de maîtrise de leur parcours de vie [15]. Dans la pratique, on retrouve ici la catégorie « jeunes errants » déjà observée dans l'espace urbain. Si pour certains, comme le rappelle le rapport toulousain, le nomadisme, relatif dans les faits, s'établit sur une identification à la culture underground, pour d'autres, faire la fête dans cet espace constitue une étape dans un parcours d'errance. Le sens de leur présence dans les fêtes, notamment au sein du courant hardcore se situe dans la libre consommation de produits qu'elles permettent. Ces usagers sont plus souvent en contact avec les structures de réduction des risques en milieu urbain et leurs modes d'usage, empruntant aux deux espaces, ne s'intègrent plus du tout à la philosophie du monde alternatif. Leurs usages apparaissent réguliers (forte présence d'alcool, cannabis, Subutex®, etc.) opportunistes (cocaïne, ecstasy, etc.) et surtout marqués par l'injection qu'ils tentent d'utiliser avec tout produit disponible, de manière à maximiser les quantités disponibles.

Qui sont les usagers insérés ?

À côté des populations précaires, l'usage de drogues s'est développé au cours des dix dernières années au sein de populations plus « insérées socialement » à savoir disposant d'un logement, d'un réseau social, de revenus et ayant un travail ou inscrits dans un processus de formation (étudiants). Si les usages ont fréquemment démarré par le cannabis et les stimulants (en plus de l'alcool) il s'agit en règle générale de polyusage. Ces usagers sont décrits par les enquêtes en population générale, qui ne peuvent toutefois rendre compte précisément de leurs pratiques et de leurs parcours.

Usagers « récréatifs », ils sont, pour une grande part d'entre eux, probablement visibles par les dispositifs d'observation ethnographiques par le biais de l'espace festif, alternatif ou conventionnel que beaucoup semblent fréquenter.

Certains sont visibles également, de plus en plus, dans les dispositifs de soins spécialisés, quand les usagers n'ont pas pu rester récréatifs, mais d'autres consultent hors du dispositif spécialisé ou n'ont pas de demande de soins.

Ils forment des populations diffuses et hétérogènes se rapprochant d'un groupe d'affinité formalisé précédemment ou d'un autre en fonction de leur degré de conformisme (travail / fête) ou d'affiliation alternative (usages réguliers inclus dans un mode de socialisation spécifique), de leur insertion professionnelle plus ou moins solide, de leur revenus, et du rôle joué central ou non joué par les produits dans leur vie.

Parmi ceux qui fréquentent l'espace festif, on peut notamment retrouver :

Les **teufeurs**, jeunes de 20 à 30 ans environ, à l'insertion sociale ordinaire (étudiants, salariés...) qui vont en fin de semaine faire la fête en événement alternatif ou dans les mégadancing belges pour le nord [24].

Les **clubbers** plus âgés et moins nombreux, disposant de revenus plus élevés (voir groupe d'affinité clubbing).

Parmi les plus aisés, on retrouve le groupe d'affinité « select » ou ceux que le rapport toulousain nomme « **les hyper insérés** ». Il s'agit de personnes de tous âges avec un fort pouvoir d'achat (jeunes issus de familles aisées ou adultes aisés), principalement repérées dans des bars musicaux et des établissements de nuit « select » où l'entrée est soumise à la cooptation. [17, 28]. L'usage se tourne davantage vers des produits à caractère distinctifs, la cocaïne qui garde son image de drogue branchée mais également des produits plus rares tels que certains hallucinogènes [23].

Espace festif Gay

Depuis 2007, à Paris et à Toulouse, l'observation du dispositif TREND s'est étendue à un sous-espace festif : l'espace festif gay ou gay friendly. L'espace festif gay observé recouvre les clubs les établissements ou soirées exclusivement homosexuelles ou ouverts à tous mais fréquentés par une population importante appartenant à la communauté gay qui y joue un rôle de leader en termes de tendances. Cependant, l'espace exploré est plus large puisque les espaces de consommation peuvent être privés (soirées ou fêtes en appartement, « parties sexuelles » en appartement).

Sur un plan quantitatif, l'Enquête presse gay menée par l'InVS en 2004 mettait en évidence une prévalence d'usage de « drogue » chez les hommes gays¹³ de 15 à 75 ans répondants, supérieure à celle de la population générale masculine du même âge¹⁴ (47,5 % vs 11,8 %). Ces surconsommations sont relativement faibles, mais statistiquement significatives, concernant l'héroïne, les amphétamines ou les hallucinogènes. Elles sont en revanche marquées pour la cocaïne (6,3 % vs 1,0 %), l'ecstasy (6,1 % vs 0,7 %), le cannabis (25,9 % vs 11,3 %) et les poppers (47,5 % vs 11,8 %) [2].

13. N=2898

14. N=1500

Si ces usages sont pour partie conformes à ceux qui ont cours dans le milieu du clubbing tout venant, ils s'en distinguent également par un usage des produits à visée sexuelle, soit dans des contextes de « drague », soit lors de la réalisation d'actes sexuels à la recherche de sensations différentes ou pour optimiser les performances sexuelles [1 , 29]. Ces usages directement en lien avec l'activité sexuelle seraient en augmentation selon les témoignages recueillis dans l'espace festif gay parisien : alors que les usagers consommaient des substances psychoactives essentiellement pour « faire la fête » en expérimentant secondairement les effets sur la sexualité, il semble qu'en 2007 et 2008, l'usage intégré à l'activité sexuelle soit en expansion [21]¹⁵.

15. *Les résultats d'une étude exploratoire paraîtra début 2010 : Fournier, S. and S. Escots, Homosexualité masculine et usage de substances psychoactives en contextes festifs gays.* ed. OFDT. 2010, à paraître: Saint-Denis. Voir :<http://www.ofdt.fr>

MODES D'USAGE

La voie utilisée pour absorber une substance relève d'un choix fonctionnel, puisqu'elle conditionne en bonne partie la rapidité de survenue des effets, leur intensité et leur durée ; elle s'inscrit également dans un contexte culturel, les usagers proches des milieux festifs techno usant de préférence de la voie orale ou du sniff quand les héroïnomanes des années 80 avaient en premier lieu recours à l'injection. Enfin, le mode d'absorption du produit constitue pour beaucoup d'usagers un élément du rite accompagnant la prise. Elle s'accompagne de sensations, parfois désagréables, mais finalement recherchées parce qu'elles deviennent indissociables pour l'utilisateur de l'effet à venir (grattage, brûlure...) [21, 30-31].

Une certaine « contamination » entre les différents modes d'administration caractéristiques de chaque produit est de plus en plus observée. Ainsi, les observateurs de terrain et/ou les données quantitatives disponibles rapportent l'augmentation des pratiques de sniff et de fumette concernant l'héroïne, l'accroissement de l'usage par injection ou par inhalation de la cocaïne, traditionnellement sniffée, des pratiques d'injection et de sniff d'ecstasy plus visibles ainsi qu'un accroissement de l'injection d'amphétamines. La porosité accrue entre le milieu festif techno et les structures de réduction des risques des centres urbains à travers des populations jeunes et désinsérées ainsi que les poly-consommations ont pu permettre ces transferts.

Les données concernant le partage du matériel de consommation et les prises de risque sont disponibles dans la partie « Les infections virales, hépatites et sida »

L'INJECTION

De 1970 à 1995, l'injection a été le mode dominant d'administration des produits opiacés chez les usagers problématiques de drogues. La diffusion du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) chez les usagers de drogues par voie intra-

veineuse va modifier la situation. La politique de réduction des risques (information, accessibilité du matériel d'injection stérile, et diffusion des traitements de substitution) amène les usagers non seulement à limiter les prises de risque lors des injections mais également à interrompre ce mode d'administration ou à en limiter la fréquence [15]. La pratique de l'injection persiste cependant. Les produits pour lesquels l'injection est utilisée de manière significative sont essentiellement les opiacés (à l'exception de la méthadone), la cocaïne, parfois injectée également sous forme de free base, et les stimulants synthétiques (MDMA, amphétamines).

L'usage de produits par injection intraveineuse vise à l'obtention d'un effet « flash » supérieur aux autres modes de prise, quand il ne s'agit pas d'addiction à la pratique elle-même.

Actuellement, il existe deux profils principaux d'injecteurs :

- des personnes généralement de sexe masculin, âgées de plus de trente ans et présentant un long parcours dans la toxicomanie. Elles bénéficient fréquemment d'un traitement de substitution aux opiacés et n'ont alors qu'un recours épisodique à l'injection, notamment quand il s'agit de « faire la fête », de s'accorder ce que ces usagers appellent un « extra » afin de rompre un moment le cours de leur traitement substitutif ;
- des personnes plus jeunes, surtout des hommes, qui vivent généralement dans des situations de grande précarité et oscillent selon les moments entre les structures de réduction des risques et/ou les squats des agglomérations et les regroupements festifs techno de type teknival ou free partie. Certains d'entre eux auraient recours à l'injection très tôt dans leur parcours de consommation.

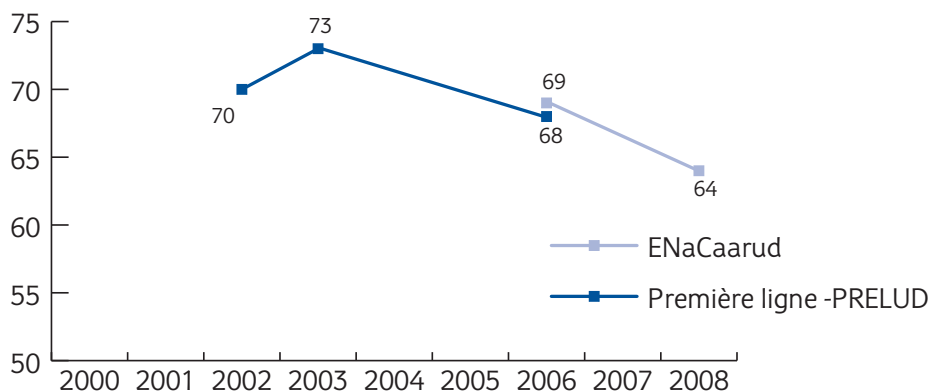
Espace urbain

En 2008, parmi les usagers des [structures de première ligne en milieu urbain \(CAARUD\)](#), 64,4 % ont utilisé l'injection au moins une fois dans la vie. L'âge moyen à la première injection se situe à 20,7 ans (médiane 20 ans) [11]. Parmi les usagers des CAARUD, la part des personnes *qui n'ont jamais* eu recours à l'injection tend à s'accroître [Graphique 2]. Cette observation est parfaitement cohérente avec la part de plus en plus importante que prennent le sniff et dans une moindre mesure la voie fumée parmi les nouveaux usagers de drogues, notamment les moins précaires.

Concernant l'injection récente, la concordance des données quantitatives disponibles [Graphique 3] plaide pour une diminution de la prévalence de cette pratique, même si la situation est apparue moins claire autour de 2006 et si des données qualitatives tendent à dessiner une situation plus complexe.

En effet, un accroissement du recours à l'injection est signalé (données qualitatives) vers la moitié des années 2000, mais ce phénomène apparaît concentré,

Graphique 2 - Evolution de la prévalence de l'injection au moins une fois dans la vie dans les structures de première ligne (CAARUD)



Source : Première ligne / PRELUD, TREND/OFD, ENaCAARUD, OFDT/DGS

non seulement dans certains sites, mais également chez certaines populations très désinsérées, qualifiées « d'errantes » (voir description des populations, espace urbain) [15].

Ainsi, au début de l'année 2006, on constatait que dans les structures de première ligne, les usagers familiers du milieu festif¹⁶ étaient proportionnellement plus nombreux (54 %) que les autres (46 %) à avoir injecté un produit au cours du dernier mois. Ils représentaient plus de la moitié des injecteurs au cours du dernier mois (59 %)¹⁷.

Sur un plan qualitatif à nouveau, une pratique importante de l'injection est également observée parmi les usagers de drogues en provenance de l'est de l'Europe, qui, selon les périodes apparaissent plus ou moins visibles dans les CAARUD.

Par ailleurs, entre 2003 et 2006, l'utilisation de l'injection par les usagers des CAARUD semblait avoir progressé pour les stimulants (cocaïne et amphétamines) et la BHD [12] alors que sa pratique était restée stable concernant les autres produits.

16. C'est-à-dire ayant fréquenté un événement festif alternatif plus de 10 fois dans la vie. Ces personnes évoluent à la marge du milieu festif techno et n'en sont pas représentatives.

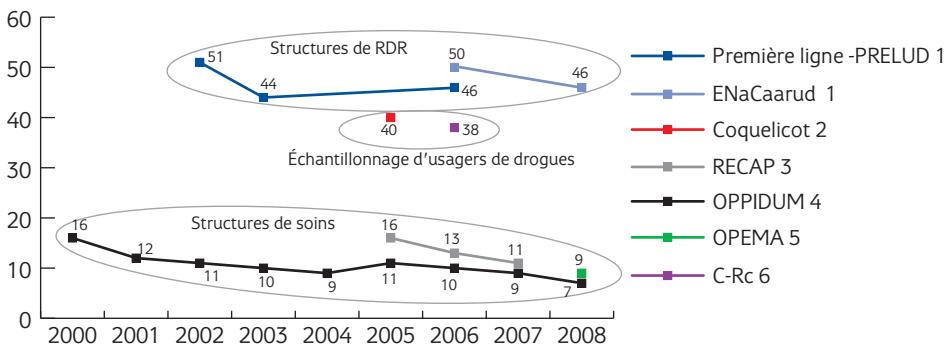
17. Pas de données plus récentes utilisant cette variable.

Il est ainsi possible que plusieurs tendances soient à l'œuvre en même temps : Une décroissance de l'injection au profit d'autres modes d'usage dans l'ensemble des usagers de drogues et notamment chez les usagers les moins précaires, tendance clairement visible parmi les usagers des centres de soins spécialisés.

À l'inverse, la croissance du nombre d'injecteurs appartenant à des populations beaucoup plus marginalisées, notamment de jeunes injecteurs, phénomène cependant non documenté sur le plan quantitatif mais suggérée par des données qualitatives du réseau TREND et des informations fournies par le CAARUD [18-19].

Ces pratiques d'injection apparaissent fréquentes sur le plan quantitatif [Graphique 3] comme sur le plan qualitatif pour absorber les opiacés, à l'exception de la méthadone, la cocaïne (plus d'un usager de ces produits sur deux les injecte) mais aussi les amphétamines et la kétamine (4 usagers sur 10 les injectent) [Tableau 4].

Graphique 3 - Part des injecteurs récents dans différentes enquêtes auprès des usagers de drogues dans « l'espace urbain » défini par le dispositif TREND



1 Injection au cours du mois, usagers des CAARUD (ou structures de première ligne)

2 Injection au cours du mois, population composite d'injecteurs ou sniffers au moins une fois dans la vie et usagers de CAARUD, de CSAPA, de médecins généraliste de réseaux, rue

3 Injection au cours du mois, Centres de soins spécialisés (CSAPA, anciens CSST)

4 Injection au cours de la semaine, Centres de soins spécialisés principalement (CSAPA, anciens CSST)

5 Injection au cours de la semaine, médecins généralistes de réseaux

6 Injection au cours du mois population d'usagers problématique de drogues recrutés par méthode C-rC (CAARUD, CSAPA, médecins généralistes de réseaux, services hospitaliser, police, justice),

Source ; Première ligne / PRELUD TREND / OFDT, OPPIDUM et OPEMA CEIPs / AFSSAPS, Coquelicot InVS

Tableau 4 - Mode d'usage des produits utilisés au cours du dernier mois avant l'entretien par les usagers des CAARUD, 2008

	N	injection	oral	sniff	inhale, fumé
Moscontin / Skénan	463	87,3%	9,6%	8,0%	0,5%
Héroïne	921	63,6%	0,5%	42,0%	24,2%
Buprénorphine, Subutex	1264	56,4%	44,1%	18,4%	4,3%
Cocaïne ou Free base	1138	53,3%	1,3%	42,1%	23,3%
Kétamine	231	39,4%	6,9%	66,1%	2,3%
Amphétamine (speed)	441	38,8%	28,1%	52,4%	3,3%
MDMA, ecstasy	333	13,9%	81,0%	22,0%	3,1%
Crack	521	8,3%	0,5%	1,8%	95,5%
Benzodiazépines	874	7,3%	93,5%	2,1%	1,3%
Méthadone	740	2,5%	97,4%	0,6%	0,8%
Plantes hallucinogènes	269	2,0%	91,0%	1,6%	9,4%
LSD, acides	328	0,3%	98,0%	1,4%	1,0%
Cannabis	2247	0,2%	1,9%	0,3%	98,5%

Notes :

1/ Plusieurs modes d'usage peuvent être utilisés par un consommateur pour un même produit. De ce fait, le total des pourcentages par produit dépasse 100 %.

2/ Les produits sont classés selon la fréquence d'utilisation de l'injection

Source : **EnaCAARUD 2008, OFDT, DGS**

Espace festif

L'injection en **milieu festif** demeure un phénomène marginal et fortement stigmatisé. Les données recueillies au cours des années 2004-2005 le confirment : seules 4,6 % des personnes fréquentant l'espace festif « électro » ont expérimenté l'injection au cours de leur vie et 0,5 % d'entre elles l'ont utilisée dans le mois précédent. Ces fréquences sont un peu plus élevées dans l'espace techno alternatif (*free parties*, teknival, etc.). L'expérimentation de l'injection y concerne 8,5 % des personnes rencontrées et l'injection au cours du mois, 1,5 % [27].

Cependant, depuis plus de cinq ans, cette pratique acquiert très progressivement une plus forte visibilité en marge des événements alternatifs relevant de la culture techno ou punk rock et ce, bien qu'elle y soit encore massivement rejetée.

Le principal agent de cette diffusion serait la présence (la croissance ?) d'une population, régulièrement évoquée dans ce rapport, de « jeunes errants » garçons et filles, consommant tout produit en fonction des opportunités et traversant la scène festive sans préoccupation de ses codes. Ils tendent ainsi à introduire l'injection des substances dans la scène festive, traditionnellement réservées aux prises orales et au sniff. Un autre élément avancé se situe dans la restructuration de l'espace festif depuis 2002 [28]. La multiplication des petites free parties relativement pri-

vées permettrait des pratiques d'injection plus discrètes. Des observateurs marseillais avancent également l'hypothèse que la fréquentation accrue par les « teufeurs » des événements transfrontaliers où l'injection est mieux acceptée tendrait à les familiariser avec la pratique. Enfin, un acteur de prévention constate que certains courants au sein même du milieu festif tels que la mouvance punk très présente sur les scènes hardcore ont un rapport à l'usage intraveineux différent des autres espaces techno.

Une exploration ethnographique spécifique menée dans l'espace festif à tendance techno par quatre sites TREND en 2007 (Metz, Paris, Rennes et Toulouse)¹⁸ a permis d'apporter des éléments de connaissance sur les contextes, les pratiques, les parcours et les risques des injecteurs rencontrés en milieu festif dont quelques points sont reportés ci-dessous [26].

Les pratiques d'injection [26] seraient quasi inexistantes en *rave parties* (payantes et encadrées) du fait de leur faible fréquentation par les populations précaires, du contrôle qui s'y exerce et de l'absence de possibilité d'isolement. Elles seraient relativement discrètes en *free parties*¹⁹ mais leur présence pourrait y être sous évaluée. D'une part, en effet, les injections s'y déroulent le plus souvent dans des endroits reculés et isolés (voitures, tentes, camions). D'autre part, du fait de la faible demande de matériel d'injection aux structures de RDR dans ces manifestations. Celle-ci pourrait s'expliquer par leur présence très inconstantes dans les *free* qui inciterait les usagers à apporter leur propre matériel.

Enfin, c'est lors des *teknivals* que les pratiques d'injection seraient les plus apparentes, au sens propre, car les injecteurs s'isoleraient moins que dans les *free parties*, certains s'injectant même à la lumière des stands de RDR. Leur visibilité dans les *teknival* tient également au fait que les acteurs de RDR y distribueraient un nombre croissant de kits d'injection (plus de 1000 kits distribué par *teknival* lors de plusieurs événements en 2007 et 2008). Pour autant les *teknivals* seraient rarement des lieux d'initiation [26].

Les injecteurs, principalement des hommes de 18 à 35 ans, en moyenne un peu plus âgés que l'ensemble des personnes qui fréquentant cet espace sont souvent en situation précaire, que ce soit au plan du logement et/ou des revenus [26]. Il semble que deux catégories d'injecteurs soient principalement repérables :

■ Les injecteurs au quotidien qui seraient pour la plupart des usagers dépendants aux opiacés, ne se revendiqueraient d'aucun mouvement culturel en particulier. Les « teufs » seraient pour eux un espace de consommation et de revente des sub-

18. Données publiée dans un rapport de l'OFDT : Girard G, Boscher G, L'évolution des pratiques d'injection en milieu festif, OFDT, 2009. Disponible sur <http://www.ofdt.fr>

19. Les structures de RDR mentionnent notamment qu'elles ont peu de demandes de matériel lors de ces événements.

stances psychoactives. Ils bénéficieraient d'un suivi en CAARUD ou en CSST. Le site de Metz rapporte que cette inscription dans un programme de substitution serait pour certains usagers un moyen d'attendre des opportunités d'injection.

■ Les injecteurs occasionnels qui profiteraient des « teufs » pour consommer par voie intraveineuse. Parmi eux, les plus anciens (lesquels auraient un passé d'injecteur régulier) profiteraient des soirées ou des fêtes pour se faire « un extra », une injection d'un produit donné. Les plus jeunes, qui démarreraient l'injection, profiteraient du milieu festif pour se procurer les produits à injecter.

Les parcours d'usage des consommateurs par injection rencontrés en milieu festif apparaissent à la fois très variables d'un individu à un autre mais en même temps très « classiques » par rapport aux autres usagers : premiers produits licites (et cannabis) expérimentés entre 11 et 14 ans ; premiers produits illicites (drogues de synthèse) dans des fêtes alternatives entre 16 ans et 20 ans. La recherche de nouvelles expériences conduit certains d'entre eux à essayer la cocaïne, puis l'héroïne en sniff. Pour quelques uns, l'atteinte d'un certain seuil de tolérance va les amener à essayer l'injection pour aller plus loin dans la recherche de sensations. Dans près des trois quarts des cas, l'initiation se fait hors du milieu festif [26]. Ce mode d'usage peut alors rester expérimental, occasionnel ou devenir régulier.

« La volonté de potentialiser les effets des drogues, surtout lorsque l'utilisateur ne possède sur lui qu'une faible dose de produit, ainsi que le contexte de la fête, la disponibilité des substances et la permissivité quant à la consommation, éventuellement la disponibilité du matériel de réduction des risques et la rencontre avec un groupe d'injecteurs sont autant de facteurs qui amèneront l'individu à réitérer les pratiques d'injection. Enfin, la baisse de vigilance de l'utilisateur après deux jours de fête, ou encore l'attrait que procure l'héroïne pourraient contribuer à faciliter les passages à l'injection chez des usagers de drogues en quête d'expérimentation. » [26].

Un dernier point important développé dans ce rapport concerne les risques pris par les usagers lors de la réalisation d'injections dans des contextes et des conditions sanitaires totalement inadéquats. Les entretiens ethnographiques montrent de plus que les usagers ne fréquentant pas les structures de RDR en milieu urbain seraient parfois très ignorants du risque de contamination par le virus de l'hépatite C [26].

SNIFF ET AUTRES MODES D'USAGE

La fumette et le sniff, en dehors de leurs usages classiques (par exemple cocaïne sniffée) sont généralement développés comme un mode alternatif à l'injection, sans

risque et socialement acceptable mais permettant d'accroître les sensations de certains produits.

Sniff, voie orale ou inhalation restent généralement les seuls voies d'administration utilisées par les usagers de drogues fréquentant l'espace festif « techno ».

Inhalation à chaud ou fumette

Il existe essentiellement deux techniques d'inhalation des produits.

L'une consiste tout simplement à mélanger la substance dans du tabac ou du cannabis et à la fumer. L'autre, connue sous l'appellation « *chasse au dragon* », consiste à déposer le produit sur une feuille d'aluminium sous laquelle l'utilisateur place un briquet dont la flamme va provoquer la combustion du produit. Les vapeurs sont inhalées en général à l'aide d'une paille ou d'un stylo vide.

Une alternative à cette méthode est constituée par la pipe à eau qui peut être fabriquée à l'aide d'une bouteille d'eau, par exemple pour consommer de la cocaïne basée : « On remplit à moitié la bouteille d'eau et avec une cigarette incandescente on perce deux orifices de part et d'autre de la moitié supérieure du récipient en plastique. Dans l'un de ces trous on place une paille ou un stylobille évidé de sa recharge d'encre. Un morceau de papier d'aluminium percé de petits trous est posé sur le goulot ouvert de la bouteille. Il sert à y déposer le caillou de free base et quelques cendres encore brûlantes de cigarette. Tout en chauffant d'une main le produit avec un briquet, l'autre main bouche l'orifice resté vide et on aspire par la paille ou le stylo évidé les vapeurs de combustion du caillou qui se sont accumulées dans la partie supérieure de la bouteille. » [32].

Plus des deux tiers (68 %) des personnes rencontrées **en milieu festif techno** en 2004-05 ont déjà utilisé le sniff (85 % dans le milieu alternatif) et 41 % l'ont fait au cours des 30 derniers jours (64% dans le milieu alternatif) [27].

Dans les structures de première ligne, la part des expérimentateurs du sniff au cours de la vie atteint 90 % en 2006²⁰, alors que 42 % des usagers, comme en 2003, l'avaient utilisé au cours du mois précédant l'enquête [33]. Les trois quarts d'entre eux étaient des familiers de la scène techno puisqu'ils avaient fréquenté une manifestation techno alternative plus de 10 fois dans leur vie. Parmi eux, en effet, 59 % avaient eu recours au sniff au cours du mois précédent alors que ce mode d'usage concerne seulement 23 % des autres usagers.

20. Enquête PRELUD, donnée 2008 non disponible

La situation était alors sensiblement identique pour l'usage de la voie fumée. Si 59 % de l'ensemble des usagers des **structures de première ligne** avaient, en 2006²¹, utilisé la voie fumée au moins une fois dans la vie (pour un autre produit que le tabac ou le cannabis), ils sont 27 % seulement à en avoir fait usage au cours du mois. Parmi ces derniers, 70 % sont des familiers du milieu techno alternatif. On constate en effet que, parmi ceux qui ont fréquenté moins de 10 événements techno alternatifs dans leur vie, l'usage de « la fumette » dans le mois ne concerne que 18 % des personnes (contre 35 % chez les autres).

En 2003, 65 % des usagers des structures de première ligne avaient déjà utilisé la fumette et seulement 21 % y avaient eu recours le mois précédent [33].

En 2008, l'enquête nationale ENaCAARUD permet à travers les modes d'usage spécifiés pour les consommations du dernier mois, d'estimer à au moins 29 % la proportion d'usagers ayant utilisé le sniff²² [11]. Les modes d'échantillonnage et de recueil de cette donnée, différents dans les deux enquêtes, permettent difficilement de conclure que la pratique du sniff a baissé dans cette population.

Les prises de risques de contamination par le VIH ou le VHC sont traitées dans le chapitre : « Les infections virales »

21. Donnée 2008 non disponible

22. Parmi les 3051 usagers qui ont consommé un produit dans le mois.

SANTÉ DES USAGERS

MORBIDITÉ GÉNÉRALE

La morbidité des usagers de drogues est pour partie directement liée à leurs consommations. Celle-ci découle, d'une part, des conséquences des modes d'administration : infections virales (sida, hépatites) ou bactériennes (abcès, septicémies, endocardites...) transmises par l'injection (et peut-être le sniff) ou dégâts veineux, cutanés ou muqueux liés aux produits injectés ; et, d'autre part, des problèmes liés aux produits eux-mêmes : troubles du comportement, voire troubles psychiatriques, surdoses, accidents cardiovasculaires, etc.

L'état de santé des usagers de drogues peut être affecté par des conditions d'existence marquées par la précarité ou la prise de risque ou encore par des pathologies psychiatriques qui accompagnent fréquemment la prise de drogues (accidents, suicides, problèmes nutritionnels, etc.)

Lorsque les usagers rencontrés dans les structures de réduction des risques en milieu urbain sont interrogés sur leur santé, 42 % citent, en 2006, au moins un problème de santé physique ou psychique (PRELUD 06) [33].

Morbidité physique perçue

Environ un tiers d'entre eux se perçoit en mauvaise ou très mauvaise santé **sur le plan physique** (PRELUD 2006). Cette part varie assez peu selon les groupes d'usagers. Sur ce plan, les plaintes portent surtout sur des symptômes que l'on peut associer à la précarité et/ou à l'usage des produits. La morbidité infectieuse est fréquemment rapportée (bronchites, rhumes, abcès, etc.), mais également les pathologies de l'appareil locomoteur (douleurs, fractures, violences, accidents, etc.), les problèmes de peau et de dents (mycose, plaies, ulcères, etc.) ou encore les patho-

logies d'ordre digestif (constipation, diarrhées, ulcères, pathologies du foie, etc.). Quelques problèmes cardiaques sont également cités. Grossesses et avortements, spontanés ou non, sont rapportés parmi les problèmes de santé. Enfin, certaines personnes évoquent leurs usages problématiques : alcoolisme, rechute, surdose...

Les complications loco-régionales liées à l'injection parmi les usagers des structures de réduction des risques en milieu urbain sont encore, en 2008, très fréquentes. Elles apparaissent (en 2006) systématiquement plus fréquentes en cas d'injection de buprénorphine qu'en cas d'injection d'autres produits [Tableau 5] [18, 34].

Tableau 5 - Conséquences de l'injection rapportées par les usagers de structures de première ligne en 2006

Injection durant le dernier mois	BHD	Autre(s) produits(s)	Ensemble	
	N = 239	N = 232	N = 471	
Abcès cutanés	36 %	22 %	29 %	**
Difficultés à l'injection	68 %	56 %	62 %	**
Poussière (poussée fébrile)	31 %	24 %	27 %	
Bleues, hématomes	56 %	46 %	51 %	*
Veines bouchées, thrombose, phlébite	46 %	29 %	38 %	**
Gonflement des mains et avant bras	43 %	30 %	37 %	**
Gonflement des pieds ou des jambes	16 %	12 %	14 %	

** différence significative avec un risque de 1 % 1%, * avec un risque de 5 %

Source : **PRELUD 2006, TREND / OFDT**

La diffusion du Stérifilt®

Le Stérifilt® est un outils destiné à filtrer les produits avant d'être injectés, conçu pour empêcher le passage dans la seringue des composants responsables de l'apparition des abcès, tout en laissant passer la totalité du principe actif, évitant alors aux injecteurs la récupération des cotons ou filtres usagés pour en extraire à nouveau du produit. Il semble que son utilisation et son acceptation s'étendent progressivement à mesure que les injecteurs en comprennent le fonctionnement.

En 2005, déjà, les professionnels sanitaires ou de la prévention à Rennes, Toulouse et Metz percevaient une diminution de la fréquence des problèmes habituels liés à l'injection du Subutex® qu'ils attribuaient à la diffusion du recours au Stérifilt® lors des injections. La tendance semble se confirmer, à la fois du fait du travail didactique des équipes de réduction des risques et par le biais du bouche à oreille. À l'opposé certains CAARUD observent la persistance, voire la croissance des problèmes loco-

régionaux liés à l'injection mais notent fréquemment qu'ils ne disposent pas encore de Sterifilt® pour mettre à disposition de leurs usagers [18].

L'adoption du Sterifilt® par les usagers ne semble rien moins que spontanée du fait de la ritualisation des pratiques de préparation. Ainsi, certains continuent à voir dans la transparence du produit après filtrage le signe de la perte du principe actif. Une autre difficulté à surmonter est l'abandon nécessaire de la pratique qui consiste à conserver les cotons utilisés en guise de filtre pour récupérer les dépôts de produits et se constituer ainsi, avec plusieurs cotons, une dose de réserve. Enfin, l'utilisation du Stérifilt® diminuerait, aux dires de certains usagers, la sensation de grattage qui accompagne l'injection d'opiacés²³. Or il semble que cette sensation devienne pour certains partie intégrante de l'effet du produit et que sa diminution, réelle ou ressentie, constitue un frein à l'usage du stérifilt® [13].

Cependant, les usagers initiés adopteraient volontiers le filtre, apprenant rapidement à adapter leurs pratiques. Un observateur parisien signale l'apparition d'un mode alternatif de gestion de la pénurie qui permet de se passer du coton ou du filtre à cigarette comme réserve de produit²⁴: « Dans le cadre du mésusage par injection, on note que certains usagers cassent systématiquement un petit bout du cachet (de 1/10e à 1/4) avant de préparer l'injection. [...]. Les morceaux doivent être assez petits pour que la prise d'un seul morceau ne donne pas un effet intéressant, assez gros pour que 4 ou 5 morceaux pris ensemble donnent un effet suffisant pour au moins calmer le manque [...]. Cette réserve peut être utilisée comme des 'cotons', c'est-à-dire en cas de pénurie pour disposer d'une ou deux prises d'urgence. » [21].

Parmi les personnes recourant au sniff au cours du mois précédent, 33 % se plaignent de saignements de nez. Il n'existe pas de différences importantes entre ceux qui sniffent de la cocaïne et les usagers d'autres produits (35 % s'il y a sniff de cocaïne contre 30 % dans le cas contraire).

Morbidité psychique

Les données illustrent également la fréquente **morbidité psychique** qui affecte les usagers de drogues. 45 % se perçoivent en mauvaise santé psychique et cette proportion s'accroît avec l'âge (38 % chez les moins de 25 ans, 46 % chez les 25-34 ans et 49 % chez les plus de 34 ans). C'est parmi les usagers de 25 à 34 ans ne

23. La codéine provoquerait les plus fortes sensations de grattage, puis le sulfate de morphine (Skénan®) puis l'héroïne. Cependant, le principe actif passant à travers le Sterifilt®, cette sensation ne devrait pas être affectée. Pour autant, il est possible que certains excipients stoppés par le filtre y participent.

24. En l'absence de Sterifilt®, on utilise un filtre ou un coton à cigarette, qui filtre moins bien mais que l'on peut stocker pour récupérer des résidus de produit en cas de pénurie.

fréquentant pas le milieu festif que la morbidité psychique ressentie est la plus importante : 56 % d'entre eux se jugent en mauvaise ou très mauvaise santé psychique (N=91).

Les symptômes psychiques occupent en effet une place importante parmi les problèmes de santé cités spontanément par les usagers de ces structures. Ils évoquent par exemple la dépression, les pulsions suicidaires, l'angoisse ou des épisodes de délire.

Dans les Centres de soins spécialisés pour les usagers de drogues (CSST), près d'une personne sur trois, prise en charge pour un problème autre que le cannabis, a déjà été hospitalisée en psychiatrie pour un motif autre que le sevrage. Un quart des usagers (24 %) a déjà fait une tentative de suicide [35].

Cette morbidité psychique est perçue en augmentation par plusieurs CAARUD en 2007 [18].

Hospitalisations

Interrogés en 2008 ces usagers de CAARUD sont 38 % à déclarer avoir subi au moins une hospitalisation au cours de l'année passée (N=3103). Le motif le plus souvent évoqué fait mention de pathologies psychiatriques (24,4 % des répondants, N=2827). Le sevrage a concerné près d'un usager sur 5 (18,3 %) [11].

Sur le plan physique, les traumatismes (accidents, agressions) sont mentionnées par 15,4 % des usagers, les conséquences aiguës liées à la consommation de drogues (dont alcool et médicaments) par 7,1 % d'entre eux, les pathologies infectieuses locales par 7,5 % d'entre eux et les infections à VIH ou VHC par 6,1 % des usagers [11].

Des jeunes femmes plus vulnérables sur le plan sanitaire

Les jeunes femmes usagères de drogue présentent vis-à-vis de la morbidité générale un profil différent de celui des hommes.

Parmi celles âgées de moins de 25 ans, 47 % (N=86) affirment, en 2006, se trouver en mauvaise ou très mauvaise santé psychique alors que les hommes du même âge ne sont que 34 % dans cette situation (N=166). La relation s'inverse ensuite avec l'âge sans que l'on puisse proposer une explication [33].

Il en va de même au plan physique puisqu'elles sont 42 % à se penser en mauvaise ou très mauvaise santé physique alors que les hommes de moins de 25 ans ne sont que 29 % à penser de manière identique. La situation apparaît semblable pour les 25-34 ans, puis la relation s'inverse.

Les hospitalisations survenues au cours de l'année renforcent l'idée d'une morbidité féminine supérieure à celle des hommes puisque 43,6 % des femmes interrogées dans les CAARUD en 2008 ont connu une hospitalisation dans l'année, vs 36,5 % des hommes ($p < 0,001$) [11].

LES INFECTIONS VIRALES, HÉPATITES ET SIDA

La gestion du risque

Connaissance du risque

Si les pratiques susceptibles d'engendrer une infection à VIH sont connues par 90 % des usagers de drogues (UD) rencontrés dans le cadre de l'enquête « Coquelicot » (InVS), celles liées à la contamination par le VHC le sont moins bien. Le partage des seringues comme facteur de risque de l'hépatite C est connu par 84 % des usagers et celui du petit matériel d'injection seulement par 71 % d'entre eux [36].

Au plan qualitatif, les observateurs de plusieurs sites du réseau TREND rencontrent, au sein des groupes de jeunes usagers, une faible conscience des dangers liés à leurs pratiques. À Toulouse par exemple, les acteurs de la RDR soulignent un certain isolement des usagers injecteurs insérés.

Partage et réutilisation du matériel

Le partage du matériel et la réutilisation du matériel d'injection constituent des facteurs de transmission des infections virales qui perdurent à grande échelle parmi les poly-usagers rencontrés dans les structures de réduction des risques (CAARUD).

Aspect qualitatif

Le rapport TREND parisien propose en 2008 une description de la réalisation d'une « injection-type » à partir des observations et des entretiens avec des usagers de drogues réalisées au cours de l'année, illustrant à chaque étape les occasions de contamination [21]. Cette description est reprise ici pratiquement à l'identique.

Quatre étapes de l'injection peuvent être définies :

Solubilisation

Acidification

L'héroïne brune doit être acidifiée, afin de la solubiliser dans l'eau. L'acidifiant le plus utilisé par les usagers est le citron, parfois le vinaigre. Le produit (sous forme de poudre) est placé dans un récipient, afin de le solubiliser. Ce récipient (appelé « gamelle » par les usagers) peut être un Stéricup® (contenu dans le Stéribox^{®25} ou disponible à

25. Le Stéribox® contient du matériel stérile d'injection : deux seringues à insuline, deux tampons alcoolisés destinés à la désinfection du point d'injection, deux coupelles ou Stéricup®, deux tampons secs destinés à la compression post-injection, deux filtres, deux flacons d'eau, un préservatif et un mode d'emploi accompagné de messages de prévention.

l'unité dans des structures de réduction des risques) mais aussi une cuillère ou une canette. Les usagers semblent, néanmoins, privilégier l'usage du Stéricup[®]. Certains d'entre eux conserveraient en permanence une cuillère dans leur poche, au cas où le Stéricup[®] viendrait à manquer. Quelques gouttes d'acidifiant sont alors ajoutées au produit, puis de l'eau stérile.

Usage de l'eau stérile

Les usagers de drogues par voie injectable semblent utiliser, en grande majorité, de l'eau stérile et non de l'eau courante, pour préparer leurs injections. Ces fioles sont utilisées pour plusieurs injections, dans des conditions ne garantissant plus leur caractère stérile (risques bactériens). Diverses méthodes seraient utilisées par les usagers pour assurer la réutilisation des fioles d'eau. Certains planteraient la seringue dans le corps de la fiole en plastique, d'autres brûleraient, après utilisation, le coté ouvert de la fiole afin de la « thermo-souder ». Ces pratiques révèlent le caractère précieux que représente cet outil pour les usagers injecteurs ; certains lieux d'injection ne disposant pas d'eau (cage d'escalier, porte cochère, etc.).

La solubilisation proprement dite

Le mélange (héroïne brune + acidifiant + eau stérile) est alors chauffé à l'aide d'un briquet ou d'une bougie. L'usager mélange la préparation avec la seringue. Le coté du bouchon orange (recouvrant l'aiguille) est parfois utilisé, alors qu'il n'est pas stérile.

Filtration

La filtration garantit la moindre obstruction des vaisseaux sanguins. Pour les usagers injecteurs, cette étape doit répondre à une double contrainte : retenir un minimum de produit psychoactif et être suffisamment pratique pour pouvoir être réalisée de façon brève. Il semblerait que les outils de réduction des risques à disposition ne soient pas vraiment adoptés par les usagers pour cette étape précise. Le filtre contenu dans le Stéribox[®] serait trop petit et le Sterifilt^{®26} ne serait pas (ou pas encore) entré dans les habitudes des usagers. La lenteur de filtration des produits, la limpidité de la solution obtenue (avec l'impression de « perdre du produit ») seraient certaines des causes de non-utilisation. L'utilisation du filtre d'une cigarette manufacturée, arraché avec les dents puis roulé entre les doigts, resterait une pratique encore fréquente.

Désinfection du point d'injection

La désinfection du point d'injection serait une étape rarement pratiquée par les usagers injecteurs. De plus, si l'usager désinfecte le point d'injection mais ne réussit pas à trouver une veine, le point d'injection, lors du deuxième essai, ne sera pas désinfecté, soit par manque de tampon alcoolisé, soit par précipitation et agacement. D'une manière générale, plus l'usager manque son « shoot », moins les « bonnes pratiques de réduction des risques » sont respectées.

26. Voir chapitre précédent : « Morbidité générale et connaissance du risque ».

Injection

Un garrot serait utilisé par certains usagers. Le plus souvent, il s'agirait de gros élastiques plats, d'une ceinture ou d'un lacet de chaussure. La plupart des usagers qui utiliseraient un garrot, le feraient par nécessité, ayant un capital veineux trop altéré pour se passer de cet élément. Cependant, d'autres l'utiliseraient très tôt dans leur parcours d'injecteur, sans réelle nécessité physique, comme pour mimer les pratiques de certains de leurs pairs. L'usage du garrot pourrait constituer un vecteur de contamination, du fait de sa proximité avec le point d'injection.

Il serait aussi très fréquent qu'un usager se fasse assister d'un autre pour faciliter sa propre injection. Chaque geste, réalisé par un tiers ayant les mains souillées, deviendrait alors un geste potentiellement contaminant. Ces entraides pourraient avoir lieu à l'initiation de l'injection (c'est fréquemment un pair, plus expérimenté, qui réalise l'injection) mais aussi plus tard, par souci pratique, lorsque l'usager atteint un état d'altération physique ou psychique trop important pour réaliser seul une injection, ou encore, ces entraides se feraient par habitude. Cette habitude serait fréquente dans les couples d'usagers injecteurs, favorisant le partage et la mise en commun d'un grand nombre d'éléments servant à l'injection.

Compression post-injection

À la suite de l'injection, l'usager comprime le point d'injection, afin de contenir l'hémorragie. De nombreux usagers continueraient à ne pas utiliser le tampon sec post-injection prévu à cet effet et contenu dans le module Stericup®. Les usagers considéreraient ce tampon comme étant trop petit et s'imbibant de sang trop rapidement. Plusieurs tampons secs seraient alors nécessaires pour une seule injection. La transmission virale manuportée serait très mal connue des usagers de drogues par voie intraveineuse. Ils seraient nombreux à compresser le point d'injection directement avec leur doigt. D'autres lécheraient le point d'injection, souvent par réflexe. La compression post-injection constituerait une étape à haut risque infectieux (elle se ferait dans ce cas directement avec le doigt, potentiellement souillé, de l'autre).

Les résultats de ces observations ethnographiques menées notamment à Paris, rapportée dans le rapport local en 2008, attestent que les usagers de drogues sont toujours conscients des risques de contamination mais que leurs connaissances concernant ces risques sont souvent approximatives. De plus, la réalisation de l'ensemble de la procédure « dans les règles », apparaît relativement technique et difficile à maîtriser et ce d'autant que les produits consommés altèrent la vigilance [21].

Outre la non utilisation de matériel stérile et la mauvaise connaissance des facteurs de contamination, plusieurs éléments contextuels accroissent les risques de transmission de l'hépatite C :

■ Les pratiques d'injection de groupe

Le risque serait considérablement augmenté lors d'un usage en groupe. Comme en témoignent les données quantitatives (voir infra), si la plupart des usagers de drogues ont intégré le non partage de la seringue, il n'en est pas de même avec le petit matériel. Certains usagers prépareraient le produit en groupe et « pomperaient » du produit à tour de rôle à travers le filtre, chacun avec sa seringue, celle-ci ayant pu être déjà utilisée. L'ensemble du produit et le filtre serait alors contaminé [21]

■ La consommation dans des lieux insalubres et dans la précipitation

Elle serait notamment favorisée actuellement par la nécessité de consommer très vite le produit acheté pour éviter de se faire contrôler en le portant sur soi. Les usagers, refoulés des espaces de vente par les dealers²⁷ injecteraient dans des espaces publics peu propices (parking, cages d'escalier)... Ces injections précipitées seraient souvent ratées, et recommencées plusieurs fois. Le matériel stérile pourrait alors manquer. Fréquemment réalisées en groupe après un achat collectif du produit, elles seraient alors l'occasion d'interactions non contrôlées entre les usagers et de partage des virus [21].

Un autre lieu majeur d'injection en espace insalubre est l'espace festif [26].

■ Les injections de cocaïne

Injectée, la cocaïne débouche sur des comportements compulsifs qui amènent les usagers de drogues à enchaîner les injections. Outre la difficulté des usagers à se procurer autant de matériel que nécessaire, l'état d'excitation et d'euphorie de l'usager dans ces moments serait responsable d'un relâchement dans l'application des règles de RDR (voir cocaïne) [12, 21].

Aspect quantitatif, le matériel d'injection

Parmi les 1 391 injecteurs récents interrogés dans les structures de RDR (CAA-RUD) en 2008 (étude EnaCAARUD), 9,3 % disent avoir partagé leur seringue au cours du mois précédent, 17,9 % la cuillère (ou autre récipient de préparation), 14,3 % le filtre, 16,7 % l'eau de préparation et 10,1 % l'eau de rinçage. Ils sont au total 24,9 % à avoir partagé au moins un élément du matériel d'injection au cours du mois.

Ces valeurs sont toutes supérieures aux taux de partage du matériel mesurés en 2006 par la première édition de cette enquête mais seuls les écarts concernant le partage de l'eau de préparation et celui d'au moins un élément du matériel sont statistiquement significatifs [3, 11].

27. Voir chapitre « Trafic et respect de la loi »

En 2006, l'étude PRELUD menée également dans les structures de premières ligne observait en outre que 42 % des injecteurs récents avaient réutilisé leur propre seringue dont 8 % plus de 5 fois²⁸ [33].

Les pratiques de partage apparaissent d'autant plus fréquentes que les usagers sont jeunes. Une régression logistique²⁹ montre que les injecteurs récents de moins de 25 ans partagent, selon l'élément du matériel concerné, entre deux et trois fois plus que ceux d'au moins 35 ans (pour $p < 0,01$). De même, les femmes, à âge identique et précarité égale, partagent environ deux fois plus leur matériel d'injection que les hommes (pour $p < 0,01$) [11]. Ces constatations sont conformes aux données déjà disponibles sur cette population [11-12]. Le partage du petit matériel semble également croître avec le degré de précarité, mais le risque relatif ne s'avère significatif que pour le partage de l'eau de rinçage qui presque trois fois plus partagée en cas de précarité forte qu'en cas d'absence de précarité ($p = 0,024$) [11].

Aspect quantitatif, autre matériel

Bien que la transmission des infections à VIH et à VHC en cas d'échange de paille soit encore discutée par les chercheurs, celles-ci, par précaution, ne devraient pas être partagées. Or, une part des usagers semble ne prendre aucune disposition en ce sens.

Parmi les 887 usagers des CAARUD interrogés en 2008, qui ont sniffé récemment, 29,6 % ont partagé une paille au cours du mois [11].

En cas d'utilisation de la voie fumée ($N = 2143$), c'est 36 % des usagers des CAARUD qui ont partagé le matériel au cours des 30 derniers jours (36,5 %).

Enfin, un quart des usagers (24 %) a partagé un objet tranchant au cours d'une session de consommation (pour couper le produit, ouvrir le paquet...), source possible de contamination par blessure.

Dans tous les cas, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à partager le matériel pour sniffer, fumer ou trancher lors de la préparation de la consommation mais des analyses supplémentaires sont nécessaires afin de déterminer le rôle de l'âge (les femmes interrogées sont en moyenne plus jeunes que les hommes) [11].

Parmi les 603 personnes rencontrées dans l'espace festif orienté vers la musique techno en 2004 et 2005, ayant utilisé le sniff au cours du mois précédent, 53 % ont partagé leur paille au moins une fois durant cette même période. Près des deux-tiers d'entre eux l'on fait plusieurs fois [27].

28. La réutilisation de sa propre seringue peut très rapidement devenir un facteur de contamination du virus de l'hépatite C si celle-ci entre en contact avec du produit partagé, une surface souillée par le sang, le matériel ou les mains d'un autre injecteur contaminé.

29. Les variables intégrées sont le sexe, l'âge en 3 classes (15-24 ans, 25-34 ans et 35 ans et plus) ainsi qu'une variable synthétique de précarité.

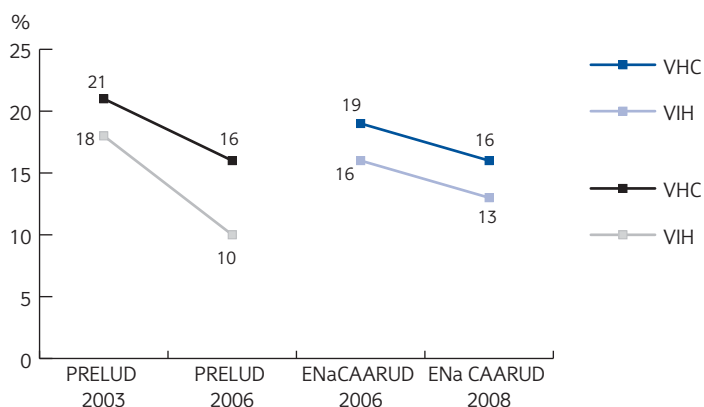
Pratique du dépistage

L'étude ENaCAARUD montre qu'en 2008, une grande majorité des usagers de drogues fréquentant les structures de premières lignes a déjà pratiqué un dépistage pour l'infection à VIH et l'infection à VHC [Tableau 5]. Parmi eux, 12,8 % n'ont jamais pratiqué de test pour le dépistage du VHC et 16,2 % ne se sont jamais fait dépister pour le VIH [Tableau 5] [11]. Parmi les personnes qui ont déjà utilisé l'injection au moins une fois dans la vie, seuls 8,9 % n'a jamais pratiqué de test de dépistage de l'hépatite C et 7,7 % pour le VIH.

La part des usagers des structures de première ligne n'ayant jamais pratiqué de dépistage semble régresser au fil du temps [Graphique 4].

Cependant, si les conduites à risque persistent, ces dépistages sont rapidement obsolètes. Or, pour plus de la moitié de ceux qui ont reçu un résultat négatif, celui-ci date d'au moins 6 mois [Tableau 6] [11].

Graphique 4 - Parts des usagers des CAARUD n'ayant jamais pratiqué de tests de dépistage pour le VIH et le VHC



Sources : Première ligne 2003, Prelud 2006 / TREND OFDT, ENaCAARUD 2006 et 2006 /OFDT, DGS

Tableau 6 - Pratiques des tests de dépistage des infections à VIH et à VHC parmi les usagers fréquentant les CAARUDs, 2008

	VIH		VHC	
	Effectifs	%	Effectifs	%
A fait le test	2722	87,2 %	2599	83,8 %
N'a pas fait le test	400	12,8 %	504	16,2 %
Parmi les négatifs*, ancienneté du dernier test				
Moins de 6 mois	961	41,0 %	711	43,1 %
6 mois à un an	646	27,5 %	463	28,1 %
Plus d'un an	739	31,5 %	474	28,8 %

* Résultats déclaratifs

Source : ENaCAARUD 2008, OFDT, DGS

VIH

L'impact de l'infection à VIH continue à décroître parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDIV). Alors qu'en 1998, l'usage de drogue par voie intraveineuse était retrouvé seul chez 18 % des personnes nouvellement atteintes du sida (357 cas dans l'année), ils ne représentent plus en 2008³⁰ que 8,1 % des motifs de contamination (51 cas).

Seules, 0,9 % des nouvelles contaminations (en amont de la maladie SIDA), sont liées à l'injection de drogues par voie intraveineuse pour l'année 2008³¹ (32 cas) vs 3 % en 2003, première année de recueil [37].

L'enquête multicentrique « Coquelicot », menée en 2004 parmi 1 462 usagers de drogue ayant injecté ou sniffé au moins une fois dans leur vie³², mesure sur échantillons sanguins une prévalence de l'infection à VIH égale à 10,8 % (âge moyen des répondants 35,6 ans) [36]. Une disparité géographique importante est observée puisque les prévalences estimées s'étendent de 1,0 % des usagers de drogues enquêtés à Lille, à 31,5 % à Marseille. Les villes de Bordeaux, Strasbourg et Paris qui ont également participé à l'enquête affichent des prévalences respectivement égales à 2,4 %, 4,3 % et 10,9 %.

L'enquête « bio » PRELUD³³, réalisée avec des prélèvements salivaires auprès des usagers de structures de première ligne de cinq villes françaises (âge moyen des répondants, 30,5 ans), retrouve, chez l'ensemble des personnes rencontrées, une prévalence de l'infection à VIH égale à 8,5 %. La part de personnes ayant un test positif parmi celles qui se disent négatives est égale à 5,0 % [33]³⁴.

30. Données au 31 décembre 2008 non corrigées de la sous-déclaration consultées sur <http://www.invs.sante.fr/bdd/index.htm> le 2 décembre 2009.

31. Données au 31 décembre 2008 non corrigées de la sous-déclaration consultées sur <http://www.invs.sante.fr/bdd/index.htm> le 2 décembre 2009.

32. Rencontrés dans les centres spécialisés, dans les structures de première ligne et chez quelques médecins généralistes. Les villes où s'est déroulée l'enquête Coquelicot sont Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux et Marseille.

33. Part de l'enquête PRELUD réalisée dans 5 des 9 sites de l'étude PRELUD. Cette dernière vise à observer l'état des pratiques et des consommations en matière de psychotropes dans une population à forte prévalence d'usage. L'enquête est réalisée dans des structures dites de " première ligne ", devenues CAARUD, sur la base du volontariat. En 2006, dans 5 des 9 sites de l'enquête PRELUD, Dijon, Lyon, Metz, Rennes et Toulouse, un prélèvement salivaire a été proposé à chaque usager interrogé afin de rechercher des anticorps marqueurs de l'infection à VIH et au VHC. Les prélèvements ont ensuite été acheminés vers le laboratoire de virologie de l'Hôpital Purpan de Toulouse où ils ont été analysés.

34. Il apparaît hasardeux de pratiquer des comparaisons avec les résultats issus de " Coquelicot " :

- La population est différente (dans un cas il s'agit d'injecteurs et " sniffeurs " rencontrés dans une multiplicité de structures, dans l'autres cas, d'usagers exclusivement de structures de première ligne, plus jeunes de 5 ans en moyenne).

- La méthode est différente (au plan biologique et au plan du recrutement)

- Les villes enquêtées sont également différentes.

Tableau 7 - Estimation de la prévalence de l'infection à VIH sur les prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête Bio Prelud , selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge, 2006

		A injecté au moins une fois dans la vie		A injecté et ou sniffé au moins une fois dans la vie	
		non	oui		
Ensemble		N = 136	N = 348	N = 467	
Ensemble	N = 484	8,5%	9,6%	8,0%	8,8%
< 25 ans	N = 134	6,0%	-	5,6%	6,2%
De 25 à 34 ans	N = 211	7,1%	-	5,5%	7,4%
> 34 ans	N = 139	13%	-	13%	13%

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

Les résultats par ville, obtenus sur de faibles effectifs s'étendaient de 5,3 % à Lyon (N=132) à 10,6 % à Toulouse (N=104) [12].

À l'heure actuelle, seules les données déclaratives permettent au plan national de suivre la prévalence du VIH chez les usagers de drogues.

Les données déclaratives obtenues parmi les usagers des CAARUD de neuf villes françaises témoignaient déjà de la poursuite de la décroissance de la contamination déclarée par le virus du sida [Graphique 5] [12]. La comparaison des données 2006 et 2008 de l'étude nationale ENaCAARUD va dans le même sens, sans toutefois que la différence apparaisse significative [Tableau 8].

Tableau 8 - Évolution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour le VIH dans les structures de première ligne entre 2006 et 2008

	N 2006	N 2008	2006	2008	2008 standardisé sur le poids des classes d'âge 2006
< 25 ans	386	391	2,6 %	0,5%	
25-34 ans	950	849	3,2 %	2,2%	
> 35 ans	1251	1316	11,4 %	10,6%	
Ensemble	2587	2556	7,1 %	6,3 %	6,0 %

Source : EnaCAARUD 2006 et 2008, / OFDT, DGS

Chez les injecteurs-vie, la prévalence déclarée passe de 8,7 % (N=1699) en 2006 à 7,7 % (N=1684) en 2008 mais la différence n'est pas statistiquement significative.

Les données recueillies en 2008 auprès des usagers des CAARUD montrent que la majorité des usagers se sachant infectés par le VIH sont suivis médicalement puisque 89,8 % d'entre eux ont bénéficié d'au moins une consultation médicale en relation avec cette infection dans l'année³⁵. Seuls 77,9 % ont un traitement prescrit pour cette infection. Ce résultat est supérieur à celui de 2006 (68,5 %), mais pas significativement différent.

VHC

Si la prévalence de l'infection à VIH a beaucoup diminué depuis 10 ans parmi les personnes usagères de produits psychotropes, l'hépatite C continue à toucher une très large part de ces usagers, essentiellement les injecteurs, même si l'infection par la pratique du sniff ne peut être exclue actuellement. Cette persistance d'un niveau de transmission toujours important de l'hépatite C parmi les usagers de drogues tient notamment à la très forte résistance du virus responsable dans l'environnement extérieur. Il se transmet ainsi d'un usager à l'autre, non seulement à l'occasion du partage des seringues (risque maximum) mais également lors du partage du petit matériel nécessaire pour l'injection et la préparation du produit ou lors de la contamination du matériel par des mains ou même un support souillés. L'aide à l'injection apportée par un tiers (premières injections, réseaux veineux délabré) peut par ce biais se révéler une source de contamination, de même que la réutilisation de son propre matériel.

Parmi les usagers de drogues ayant injecté ou sniffé au moins une fois dans leur vie et rencontrés en 2004 pour l'enquête « Coquelicot » la prévalence de l'hépatite C, mesurée sur échantillons sanguins, s'élève à 59,8 % [36]. Chez les moins de 30 ans, elle atteint déjà 28 % dans cet échantillon mais s'élève à 71 % chez les plus de 40 ans. Plus du quart des usagers enquêtés (27 %) se croient à tort séronégatifs. Les prévalences locales montrent de très fortes disparités (de 43,7 % pour Lille à 65,9 % pour Marseille).

35. La situation des 10 % qui déclarent ne pas avoir vu de médecin dans les 12 derniers mois pour cette affection devra être précisée.

L'enquête « bio » PRELUD réalisée avec des prélèvements salivaires auprès des usagers de structures de première ligne de cinq villes françaises retrouve une prévalence de l'hépatite C égale à 32 % [12]. Chez les injecteurs, la prévalence estimée³⁶ s'élève à 42 %. La part de personnes ayant un test positif parmi celles qui se disent négatives est égale à 8,5 % [33].

Les résultats par ville montraient de fortes disparités également (de 10 % à Dijon, mais N=49, à 42 % à Toulouse, N=107) [33].

Les données déclaratives, seules disponibles pour observer des évolutions à ce jour en France, évoquent une décroissance de la prévalence de la positivité déclarée à l'hépatite C en particulier chez les plus jeunes [Graphique 5]. Ce phénomène avait déjà été constaté et discuté sur les données 2003 et 2006³⁷ de l'étude multi-site PRELUD, le rôle de la diffusion de la pratique des tests de dépistage ayant notamment été évoqué [Tableau 10] [12].

Tableau 9 - Estimation de la prévalence de l'infection à VHC sur prélèvements salivaires parmi les usagers des structures de première ligne de l'enquête Bio Prelud, selon le statut vis-à-vis de l'injection et selon les classes d'âge

	Effectifs	Tous N=500	A injecté au moins une fois dans la vie		A injecté et ou sniffé au cours de la vie N=483
			Non N=138	Oui N=362	
Ensemble	N=500	32%	7%	42%	33%
< 25 ans	N=138	13%	-	16 %	14%
25-34 ans	N=214	31%	-	44 %	32%
> 34 ans	N=148	51%	-	63 %	53%

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

36. Voir Point de méthode

37. P=0,02

Tableau 10 - Evolution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour l'Hépatite C dans les structures de première ligne entre 2003 et 2006

	N 2003	N 2006	2003	2006	2006 standardisé sur le poids des classes d'âge et des sites 2003	2006 injecteurs/vie
< 25 ans	131	193	17,6%	8,4%	8,8%	12,2%
25-34 ans	299	344	45,8%	29,4%	28,1%	40,9%
> 35 ans	213	273	55,9%	54,4%	52,3%	64,5%
Ensemble	643	852	43,4%	34,0%	33,5%	44,6%

Source : Première ligne 2003, PRELUD 2006, TREND / OFDT

Entre 2006 et 2008, l'étude ENaCAARUD, exhaustive une semaine donnée dans l'ensemble de ces structures, suggère également une décroissance de la prévalence de l'hépatite C dans cette population ($p < 0,01$).

Tableau 11 - Évolution de la prévalence des sérologies déclarées positives pour l'Hépatite C dans les structures de première ligne (CAARUDs) entre 2006 et 2008

	Ensemble population des CAARUD		2008 standardisé sur le poids des classes d'âge 2006		Injecteur Vie		2008 standardisé sur le poids des classes d'âge 2006			
	N 2006	N 2008	2006	2008	N 2006	N 2008	2006	2008		
<25 ans	348	346	14,9%	10,1%	222	237	22,5%	14,3%		
25-34 ans	895	805	30,2%	20,4%	621	531	44,4%	29,2%		
>35 ans	1221	1263	44,4%	39,5%	838	862	58,7%	53,7%		
Ensemble	2664	2414	35,1%	29,0%	26,3%	1681	1630	47,2%	40,0%	36,5 %

Note : Les statistiques en gras présentent une différence entre 2006 et 2008, significative à un risque inférieur à 5 %.

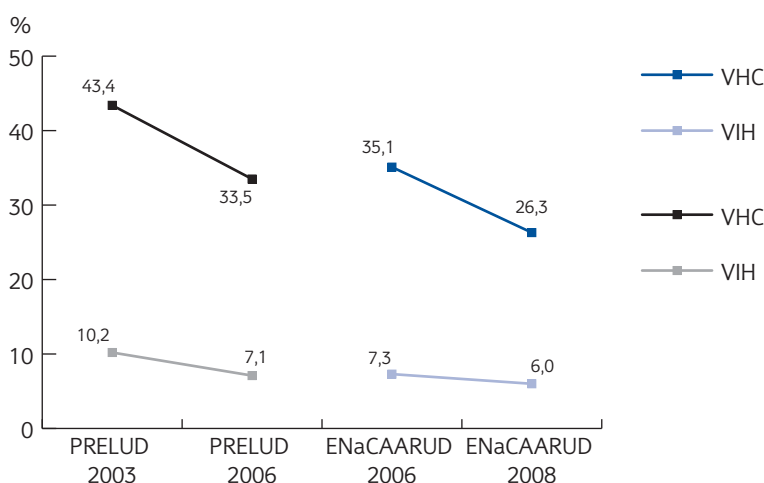
Source : ENaCAARUD 2006 et 2003, TREND / OFDT, DGS

L'hypothèse d'une extension de la pratique du dépistage (voir point « Pratique du dépistage ») vers des populations avec des niveaux de risques décroissant, qui pourrait entraîner une baisse du taux de séropositivité, ne suffit pas à expliquer la tendance observée. Ces données étant déclaratives, on pourrait également supposer que les usagers de drogues maîtrisent de moins en moins leurs résultats où que

les délais entre deux tests sont de plus en plus longs. Ces hypothèses sont peu probables dans le contexte actuel où la part des usagers qui a déjà pratiqué un test augmente. Par ailleurs, l'ancienneté du dernier test négatif n'a pas évolué entre les deux études.

On peut dès lors penser que la prévalence de l'hépatite C dans cette population à haut risque a commencé à décliner montrant par là la probable efficacité de l'ensemble des mesures mises en œuvre. Pour autant, le suivi des données biologiques apparaît nécessaire pour disposer d'éléments fiables.

Graphique 5 - Evolution des prévalences des infections à VIH et à VHC (sérologies déclarées) chez les usagers des CAARUD entre 2003 et 2008 selon les études PRELUD et ENACAARUD



Notes : Prévalences PRELUD 2006 standardisées sur l'âge de la population et le poids des différents sites 2003

Prévalences ENACAARUD 2008 standardisées sur l'âge de la population 2006

Sources : Première ligne/PRELUD TREND /OFDT, ENACAARUD, OFDT/DGS

En 2008, deux tiers des personnes enquêtées (70,5 %) s'étant déclarées positives au test pour l'hépatite C ont eu au moins une consultation relative à cette infection dans les 12 mois précédant l'enquête. Un peu plus du quart (28 %) a ou a eu un traitement prescrit pour cette infection. Ce résultat apparaît comme une progression par rapport à la même enquête en 2006 puisque seuls 22,5 % des usagers des CAARUD infectés par le VHC déclaraient alors avoir reçu un traitement (p=0,02) [3, 11].

VHB

En 2006, quel que soit l'âge, plus du tiers des usagers des structures de RDR en milieu urbain ignore quelle est sa situation vis-à-vis du virus de l'hépatite B, lequel peut se transmettre par échanges sanguins et par les relations sexuelles [33].

Les plus de 34 ans sont nettement plus nombreux que les plus jeunes à déclarer avoir été contaminés (17 %) ³⁸.

Tableau 12 - Connaissance par les usagers des structures de première ligne de leur statut vis à vis du VHB, 2006

	Effectifs	Ensemble N = 929	< 25 ans N = 237	De 25 à 34 ans N = 370	> 34 ans N = 322
Vacciné	N = 370	40 %	42 %	47 %	30 %
Non vacciné non contaminé	N = 151	16 %	15 %	16 %	18 %
Contaminé	N = 73	7,9 %	2,1 %	4,0 %	17 %
NSP	N = 335	36 %	41 %	33 %	36 %
Total	N = 929	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

En fait, parmi les personnes se disant vaccinées, 45 % déclarent avoir reçu trois injections, 25 %, deux injections, 28 % une seule injection. Une part des personnes ne connaissant pas leur situation, a entamé ou terminé une vaccination.

Tableau 13 - Nombre d'injections déclarées pour la vaccination contre l'hépatite B par les usagers des structures de première ligne, 2006

	Ensemble N = 960	< 25 ans N = 230	De 25 à 34 ans N = 390	> 34 ans N = 370
0 injection	47 %	38 %	42 %	60 %
1 injection	19 %	26 %	20 %	12 %
2 injections	13 %	13 %	14 %	17 %
3 injections	21 %	23 %	24 %	15 %
Tous	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : PRELUD 2006, TREND / OFDT

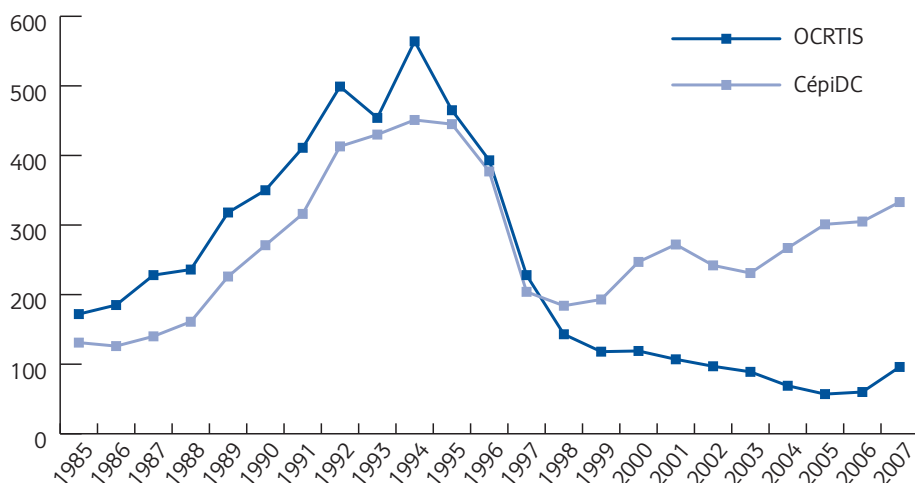
38. On vérifie que 86 % de ceux qui s'affirment contaminés ou non contaminés disent avoir pratiqué un test de dépistage.

Si l'on s'intéresse uniquement aux injections que les usagers disent avoir reçues, on constate que près de la moitié d'entre eux n'a jamais débuté de vaccination. Cependant, plus les usagers sont jeunes, plus ils ont de chance d'en avoir au moins démarré une.

SURDOSES

À partir de l'année 1995, une chute spectaculaire du nombre des surdoses a été observée, conséquence de la mise en œuvre de politiques de réduction des risques³⁹. La situation est apparue moins claire entre 1999 et 2003 du fait des tendances contradictoires fournies par les données INSERM⁴⁰ et OCRTIS. Le CépiDC a alors connu des changements de définition (passage de la CIM 9 à la CIM 10) et une amélioration de son dispositif de recueil et de traitement des données alors que l'exhaustivité des données de l'OCRTIS est faible [38].

Graphique 6 : Evolution du nombre de surdoses entre 1985 et 2007 selon les données OCRTIS et les données INSERM (CépiDC)



Sources : données OCRTIS et INSERM / CépiDC,[39]

39. En particulier traitements de substitution et accès aux seringues.

40. Décès comptabilisé selon la définition de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies ou sélection B, à savoir :

Harmful use, dependence, and other mental and behavioural disorders due to opioids (F11), cannabinoids (F12), cocaine (F14), other stimulants (F15), hallucinogens (F16), multiple drug use (F19).

Accidental poisoning (X41, X42), intentional poisoning (X61, X62), or poisoning by undetermined intent (Y11, Y12) by opium (T40.0), heroin (T40.1), other opioids (T40.2), methadone (T40.3), other synthetic narcotics (T40.4), cocaine (T40.5), other and unspecified narcotics (T40.6), cannabis (T40.7), lysergide (T40.8), other and unspecified psychodysleptics (T40.9), psychostimulants (T43.6).

Cependant le changement de tendance, que l'on peut considérer comme effectif depuis 2003 s'est vu confirmé entre 2006 et 2008 par de nombreux éléments contextuels. Des éléments de compréhension sont évoqués dans la partie « Populations et pratiques, phénomènes marquants » et dans le chapitre consacré à l'héroïne.

Part des différentes substances dans les décès

L'enquête DRAMES (AFSSAPS, CEIP de Marseille) recueille les cas de décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives ayant donné lieu à des analyses biologiques dans un cadre médico-légal. En 2006, les laboratoires membres du dispositif sont au nombre de 14. L'intérêt actuel majeur de DRAMES est de disposer d'une information validée (dosages biologiques) permettant de suivre le poids des différents produits dans les décès liés aux produits psychoactifs.

L'enquête permet de constater qu'en 2007, les opiacés représentent encore la substance la plus impliquée dans les décès liés aux drogues puisqu'ils sont présents dans 90 % des cas directement liés à l'usage et qu'ils sont seuls en cause dans 70 % d'entre eux (hors alcool et médicaments psychotropes non opiacés) [6]. Par rapport aux données 2006, on note un accroissement de la part des surdoses avec présence d'héroïne, seule ou en association (voir chapitre héroïne).

Tableau 14 - Poids respectif des différentes substances dans les décès directement liés à l'usage de produits psychotropes , 2007*

	Isolés**	Présents
Héroïne	29%	45%
Méthadone	29%	36%
BHD	5%	7%
Autres opiacés licites	2,6%	8%
Cocaïne	9%	28%
MDMA (ecstasy)	0,0%	2,6%
Amphétamine	0,0%	0,5%
Solvants/ poppers	0,0%	0,0%
Tous opiacés ***	70%	90%
Opiacés médicamenteux	43%	48 %

* Il s'agit d'ordres de grandeur. Seules les valeurs inférieures à 5 % sont données avec une décimale.

** Sans autre produit retrouvé que l'alcool ou des médicaments psychotropes non opiacés

*** La somme " tous opiacés " dépasse celle de chaque opiacé pris isolément car elle comprends des décès avec présence de plusieurs opiacés dans le sang. Il en va de même pour les opiacés médicamenteux.

Sources : Données AFSSAPS/ CEIP

Les pertes de connaissances (désignées « surdoses » par les usagers de drogues)

Les usagers interrogés en 2008 dans le cadre de l'étude ENaCAARUD (structures de RDR) sont 7,4 % (soit 224) à déclarer avoir connu une perte de connaissance après absorption de produits psychotropes au cours des douze mois précédents [11].

Dans un peu plus de la moitié des cas (52,1 %) où un produit est renseigné, les personnes nomment au moins deux produits (classés) et dans 21,8 % des cas ils en citent trois.

Le premier produit présumé en cause (N=211), selon l'usager, est l'héroïne dans 21,3 % des cas, l'alcool pour 19,0 %, puis la cocaïne (18,5 %). Les benzodiazépines sont également citées dans 11,8 % des occasions, les autres substances ne dépassant pas 4 %.

Les benzodiazépines sont les plus fréquemment citées en deuxième (n=110) et troisième produits (N=46) (27,3 % et 26,1 %) de même que la cocaïne et l'alcool.

Si l'on ne tient pas compte des hiérarchies, quatre produits sont mis en cause dans les « surdoses » définies par les usagers avec des fréquences très proches les unes des autres (entre 25 % et 30 %) : dans l'ordre des fréquences descendantes, les benzodiazépines, l'alcool, la cocaïne et l'héroïne. Les autres substances affichent des fréquences de citations beaucoup plus faibles et situées entre 7,6 % (BHD) et 0,4 % (GHB, poppers, colles/solvants) [11].

ESPACES, POPULATIONS ET PRATIQUES, PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007

DES TENDANCES TOUJOURS D'ACTUALITÉ

Plusieurs tendances déjà évoquées dans le ou les précédents rapports persistent.

Une diversité croissante des populations usagères

Des usages de plusieurs substances continuent à se diffuser hors des groupes initialement consommateurs. Ces produits tendent notamment à « élargir leur clientèle » en population dite « socialement insérée », peu visible des structures de soins ou de RDR. Les usagers de cocaïne relèvent maintenant de toutes les couches sociales de la population. L'héroïne, tend depuis trois à quatre ans à se diffuser également en population dite « insérée » mais dans des proportions bien moindres. L'accès à de nouveaux usagers à des produits dont l'usage était resté jusqu'alors confidentiels, confiné à des groupes restreints (GHB/GBL par exemple) participe également à cette tendance.

Outre les spécificités de chaque produit, plusieurs facteurs semblent en cause :

- La généralisation du polyusage facilite l'expérimentation de nouveaux produits par des personnes désormais usagères de substances psychoactives et non plus de telle ou telle substance.
 - La présence de jeunes « expérimentateurs », fréquentant notamment le milieu festif techno, en recherche permanente de nouvelles expériences, souvent en dehors de tout encadrement « compétent ».
 - L'accessibilité grandissante de certaines drogues, enfin.
- Elle découle notamment de la montée du micro-traffic « touristique » selon les termes de l'OCRTIS à savoir l'achat collectif et à petite échelle organisé par des petits groupes d'usagers directement là où le produit est moins cher (Pays Bas, Belgique, Espagne) et le petit deal individuel pour payer sa propre consommation.

La facilité d'acquisition d'autres produits par le réseau Internet joue également un rôle.

Il s'en suit une difficulté croissante pour adapter les messages de prévention et pour cibler les populations concernées au sein de la population générale.

La question se pose également concernant l'observation des pratiques dont le champ apparaît de plus en plus diffus.

La fréquentation plus marquée des événements festifs techno par les injecteurs

Fortement rejetée par la culture techno, la pratique de l'injection tend pourtant à devenir progressivement plus visible en marge des rassemblements musicaux alternatifs les moins encadrés. Pour autant, elle y demeure un phénomène marginal, concernant une population plutôt précarisée dont les consommations de psychotropes ne sont pas cantonnées au champ de la fête. Pour une part des usagers, ne se revendiquant d'aucun mouvement culturel, les fêtes ne représentent qu'un espace de consommation possible. Pour d'autres usagers ayant initié leur consommation de drogues dans la sphère festive, l'injection peut représenter une expérience nouvelle, favorisée par le contexte de la fête. Cependant dans trois quarts des cas, l'initiation à l'injection n'a pas lieu dans l'espace festif. Enfin, pour les usagers de la sphère festive ayant atteint un certain seuil de tolérance, l'injection peut constituer une nécessité pour « rentabiliser » les produits. Même très minoritaire, cette pratique pose de nouveaux enjeux de réduction des risques : l'espace des fêtes de plein air offre des conditions sanitaires totalement inadéquates, les usagers ne fréquentant pas les structures de RDR en milieu urbain apparaissent très ignorants des procédures de RDR et les acteurs de la RDR en milieu festif ne peuvent être présents dans l'ensemble des petites manifestations.

Faible niveau de connaissance des risques et prises de risques parmi les jeunes générations d'usagers et les usagers insérés

Les acteurs de la RDR qui rencontrent les plus jeunes usagers décrivent tant dans l'espace urbain que dans l'espace festif une importante méconnaissance des gestes de réduction des risques, particulièrement de la part de ceux qui fréquentent peu ou pas les CAARUD. Cependant, le partage du matériel d'injection est un facteur de transmission des infections virales qui perdure même parmi les polyusagers rencontrés dans les structures de réduction des risques (CAARUD) (voir le chapitre « Infections virales »).

En milieu festif, la méconnaissance porte sur l'usage des produits mais également sur la gestion collective des problèmes sanitaires pouvant survenir chez un usager (bad trip par exemple). Les usagers insérés font également face à un certain isolement lorsque, devenus dépendants, ils commencent à pratiquer l'injection.

La difficulté à l'heure actuelle de mener des actions de RDR dans les espaces festifs commerciaux ne facilite pas la transmission d'informations en populations insérées. Par crainte de la fermeture de leur établissement, les directions s'orientent davantage vers le déni, la répression ou la prévention centrée sur l'usage d'alcool. Toutefois, plusieurs démarches témoignent d'une progression de la prévention dans ces lieux (Fetez-Clairs à Paris, Noz'ambul à Rennes...).

En milieu festif alternatif, la multiplication des petits événements gratuits de faible ampleur, très discrètement annoncées, n'y permettent pas l'intervention des associations de RDR. Là encore, il semble que les choses soient d'ores et déjà en progrès. Le site parisien signale notamment que des organisateurs de free parties utiliseraient désormais plus souvent des savoir-faires acquis en teknival : voies d'évacuation, marche à suivre en cas d'incident mais aussi utilisation de matériel de réduction des risques.

UNE EXTENSION DES USAGES EN ZONES PÉRI URBAINES

On relève ces deux dernières années une tendance des usages de drogues à s'étendre de manière marquée à partir des centres-villes.

En premier lieu, plusieurs sites (Bordeaux, Rennes, Toulouse et Paris) décrivent la migration de certains usagers de drogues plutôt précaires des centres-villes vers les zones périurbaines par le biais des déplacements de squats comme c'est le cas dès 2007 à Bordeaux du fait notamment des expulsions de ces squats par les forces de l'ordre. Le rapport de Toulouse souligne que le déplacement et la sédentarisation de ces populations précaires dans des villes périphériques, libérerait des squats et des campements pour de nouvelles populations urbaines en errance. En région parisienne, c'est particulièrement à Saint-Denis (Seine-Saint Denis) que ce sont ouverts en 2008 de nouveaux squats avant d'être évacués à leur tour et de se reconstituer ailleurs.

Phénomène un peu distinct, certaines personnes, déjà usagères de drogues tendent à s'établir en zone rurales, « chassées » des villes par le niveau des loyers et la pénurie de logements ou encore dans le but de s'éloigner des produits. Elles sont alors reçues, en lien avec leur problème d'addiction par les médecins et se procurent du matériel dans les structures de réduction des risques des villes les plus proches qu'elles fréquentent à intervalle plus ou moins régulier (Bretagne, Ariège, Aude) [18-19]. Le rapport Rennais évoque des personnes de 20 à 25 ans maintenant visibles dans les villages environnants, en groupe, dans des camions ou des « longères louées pas chères » à plusieurs.

Alors qu'à Paris, le trafic est déjà bien implanté dans les banlieues, plusieurs sites provinciaux (Rennes et Toulouse) signalent le déplacement des activités de trafic vers la périphérie des métropoles régionales. Ainsi, les zones périurbaines, plus ou moins rurales sont de plus en plus utilisées comme base arrière pour le trafic (stockage notamment). La multiplication des petits réseaux d'usagers-revendeurs, déjà évoquées élargit également les zones géographiques de petits trafics y compris dans les zones rurales.

UN ACCROISSEMENT DU NOMBRE DE SURDOSES

Après près de dix ans de chute continue du nombre de surdoses, celui-ci est reparti à la hausse, depuis 2003 selon les données de l'INSERM. Cet accroissement est perceptible de façon très nette à partir de l'année 2007. Principaux responsables, les opiacés, présents, en 2007, dans 90 % des surdoses et seuls présents dans 70 % d'entre elles. L'héroïne, premier produit en cause, est présente dans 45 % des surdoses. Elle est isolée (sans compter les benzodiazépines et l'alcool) dans 29 % des cas.

Plusieurs éléments peuvent être mis en cause dans ce phénomène. L'extension de l'usage des psychotropes et notamment des opiacés, premiers responsables d'overdoses, vers des populations de plus en plus diffuses, dépourvues de connaissances et d'expérience concernant ces produits constitue un premier élément d'explication (voir « Héroïne : phénomènes marquants »). La croissance de la consommation d'héroïne, observée clairement sur un plan quantitatif depuis 2006, vient soutenir ce phénomène. En outre, la généralisation des pratiques de polyconsommation rend la maîtrise des quantités absorbées et des effets, difficile voire impossible. Il semble donc que ce soit autant des évolutions concernant les contextes d'usage et les usagers que les produits eux-mêmes qui soient en cause. En dépit de la survenue d'un groupement de surdoses non mortelles (sauf une) en Seine-Saint Denis en 2009 consécutives à la vente d'une héroïne de pureté légèrement supérieure à 30 % associée à une faible quantité d'un médicament anxiolytique, il n'a pas été observé depuis 2006 d'accroissement de la part de l'héroïne fortement dosée⁴¹ parmi les produits circulants (voir chapitre Héroïne). En revanche, les quantités d'héroïne fortement dosées augmentent corrélativement aux quantités d'héroïne présentes sur le territoire national et la forte hétérogénéité des poudres en circulation constitue un risque certain de surdose [40].

41. C'est-à-dire de pureté supérieure à 30 %

UNE BAISSÉ POSSIBLE DE LA PRÉVALENCE DE L'HÉPATITE C

Les données déclaratives des usagers des structures de première ligne (CAA-RUD) concernant le résultat de leur dernier test de dépistage de l'hépatite C évoquent une décroissance significative de la séropositivité pour cette infection (35,1 % vs 29,0 %⁴² chez l'ensemble des usagers et 47,2 % vs 40,0 %⁴³ chez les usagers ayant déjà utilisé l'injection dans leur vie). Ces données sont déclaratives et doivent être confirmées par des mesures biologiques. Pour autant, elles ont été recueillies dans le cadre d'une enquête exhaustive menée sur la même semaine de l'année en 2006 et 2008 et les différentes hypothèses envisagées pour expliquer cet écart autrement que par une baisse réelle de la prévalence apparaissent peu probables ou sont invalidées par les données disponibles (voir chapitre « Infections virales »)

En dépit d'observations peu encourageantes concernant les pratiques de certaines populations, qui utilisent l'injection dans des conditions sanitaires déplorable, les actions menées ces dernières années à divers échelons géographiques pourraient porter leurs fruits.

On observe notamment une poursuite de la décroissance des pratiques d'injection, régulière parmi les usagers rencontrés dans un cadre de soins, moins régulières concernant les usagers vus en structures de réduction des risques⁴⁴ et une amélioration du dépistage.

ACTION RÉPRESSIVE ET RDR

Si les éléments repris ci-dessous n'ont pas toujours été directement observés par les enquêteurs ethnographiques, la multiplicité et la concordance des témoignages, notamment de professionnels, laissent à penser que l'on rapporte ici une réelle évolution du rapport usagers de drogues / forces de l'ordre et non uniquement une simple rumeur.

Sur plusieurs sites TREND (Paris, Marseille et dans une moindre mesure Rennes), observateurs et usagers font état de la survenue de ruptures répétées du statu quo qui prévalait depuis la mise en œuvre des mesures de réduction des

42. N=2664 en 2006 et 2414 en 2008

43. N=1681 en 2006 et 1630 en 2008

44. La remontée de la part des injecteurs dans les CAARUD observée en 2006 est soit attribuable à un aléa de recrutement de l'enquête mais peut aussi être réelle et résulter des variations des poids respectifs des différentes sous-populations d'usagers qui fréquentent ces structures. En effet, les tendances ne sont pas identiques dans toutes les sous-populations et les structures voient régulièrement de nouvelles populations arriver alors que d'autres se déplacent ailleurs.

risques à savoir l'absence d'intervention des forces de l'ordre à proximité des lieux de réduction des risques, de manière à ne pas dissuader les usagers de drogues de fréquenter ces structures. L'accroissement de la visibilité policière en 2008, même si elle n'est pas réalisée dans ce but, tend à limiter la mise en œuvre de la RDR.

À Rennes par exemple, a été signalée une présence policière itérative dans ou à proximité d'un CAARUD : contrôle d'identité à la sortie du local, stationnement d'un véhicule de police sur le trottoir à proximité du local, tentative d'interpellation d'un individu dans le CAARUD (pas pour une question de drogue). S'il est ici également signalé l'absence de volonté de nuire à l'accès à la RDR, les professionnels observent que la présence policière éloigne les usagers [26]. À Marseille, des voitures policières banalisées surveilleraient les allées et venues devant un CAARUD ou même suivraient les intervenants mobiles se rendant dans les squats [13]. Selon le rapport parisien, « de nombreux témoignages d'usagers signalent que certains contrôles policiers conduiraient à la destruction ou à la confiscation du matériel de RDR par les fonctionnaires de police... » [21].

À l'inverse, sur certains sites tels que Toulouse, cela se passerait « mieux », avec des comportements de la part des forces de l'ordre plus respectueux de la réduction des risques.

Au delà de la peur de l'interpellation ou de l'incarcération, les usagers de drogues font état de d'humiliations ressenties dans leur rapport avec les forces de l'ordre [13 , 21, 24].

Certains professionnels de la RDR ou du soin (Marseille, Lille) évoquent un accroissement des incarcérations, qui viendraient perturber les démarches de soins et de stabilisation sociale menées avec les usagers : pertes de droits, interruption de traitement etc. Il faut noter également que s'est développé parmi les usagers de drogue un discours sur les « peines planchers » qui tend à accroître un climat croissant de peur, en particulier peur de l'incarcération.

De nouvelles pratiques des usagers (voir « Impact sanitaire ») sont éventuellement à mettre en lien avec cet accroissement de la peur chez les usagers.

Ceux-ci évitent d'être porteurs de matériels qui les identifient aux yeux des fonctionnaires de police comme des usagers de drogues et peuvent déboucher sur une recherche de produit.

Ils évitent également d'être porteurs de substances et tendent à consommer n'importe où et dans la précipitation dès que le produit est acquis : cages d'escaliers, sanisette, impasse, porte cochère, toilettes des hôpitaux où on peut trouver de l'eau... dans des conditions d'hygiène et psychologiques favorisant les risques. D'autant que les dealers en appartement refusent les consommations sur place pour limiter les risques de se faire repérer par la police.

À signaler

Des injections par voie intra musculaire

L'accroissement de l'usage de la Kétamine décrit depuis 2007 sur plusieurs sites s'accompagne d'une progression de son usage par injection. Or une part de ces injections est réalisée par voie intramusculaire et non par voie intraveineuse. Même si l'on ne peut dire avec précision dans quelle mesure cette pratique préexistait, l'accès à la visibilité marque une étape dans son évolution. En outre la pratique possible d'injection intramusculaire de diazépam (Valium®) a également été évoquée par le site Rennais en 2008. Cette voie d'injection qui semble nouvelle en France est en fait utilisée, en particulier avec l'héroïne, chez certains voisins européens (Grande Bretagne, Irlande, Allemagne) avec pour conséquence l'apparition chaque année ici ou là en Europe, de groupements d'infections à Clostridium, bactéries du tétanos et du botulisme, qui se développent plus volontiers par le biais d'injections intramusculaires ou sous cutanées que par voie IV.

Si ce type d'injection reste à ce jour anecdotique en France, l'évolution de sa fréquence d'usage doit être surveillée.

À Rennes une recrudescence des staphylococcies cutanées

Les infirmières des CAARUD rennais ont signalé en 2008, le recensement de nombreux cas de staphylococcies cutanées (infections cutanées dues à un staphylocoque), récidivantes et plus ou moins extensives, chez les usagers injecteurs du milieu urbain, certains vivant de manière très précaire, mais d'autres plus insérés. La prise en charge des usagers vivant en squat s'avère relativement inefficace. Dans la mesure où l'infection est tabou, pouvant déboucher sur l'exclusion d'un squat certains usagers refusent d'en parler. Par ailleurs, la persistance de personnes infectées dans le squat et l'absence de soins quotidiens d'hygiène corporelle entraîne la recontamination des personnes traitées.

TRAFIC DE PROXIMITÉ

PRIX « DE LA RUE » DES PRODUITS PSYCHOTROPES CONSOMMÉS EN FRANCE

Sur un marché légal, les prix des biens et services sont déterminés par un certain nombre de variables bien connues : l'offre et la demande, les coûts de production, le niveau de la concurrence, les réglementations (taxes) ou encore les stratégies commerciales développées par les producteurs et distributeurs ou la qualité du bien. Ces variables peuvent également être appliquées pour les produits psychotropes illicites.

Les produits psychotropes (hors médicaments prescrits, alcool et tabac) consommés en France sont fabriqués, distribués, achetés et consommés dans un cadre illégal. Néanmoins il existe un prix du marché, souvent local, pour chacune de ces substances. Nous ne nous intéresserons ici qu'aux prix de détail (« achats de rues »), c'est-à-dire, les prix effectivement concédés par les personnes pour leur usage personnel. Les prix de gros (prix payé par des professionnels de l'import-export pour des quantités importantes) ou de demi-gros (prix qui correspond à des quantités intermédiaires payées à des professionnels qui prennent une part sur la valeur marchande) ne seront pas ici appréhendés.

Prix observés pour les substances illicites

L'estimation des prix de produits psychotropes consommés dans un cadre illégal nécessite des méthodologies propres. Le tableau ci-dessous donne une estimation des prix rencontrés en France en 2008 pour les principaux produits. La moyenne présentée reprend les prix les plus communément cités par :

■ Le réseau des sites TREND: triangulation de déclarations de prix exprimés par des professionnels du champ des addictions (officiers de police et de gendarmerie, magistrats et intervenants santé et réduction des risques ainsi qu'usagers de drogues) ;

■ Une enquête menée par l'OCRTIS entre le 15 mars et le 18 juin 2008 : collecte et analyse de déclaration de prix auprès de correspondants en capacité à évaluer précisément, dans une zone territoriale donnée, les prix de détail (brigades de stupéfiants des DDSP) [41].

Tableau 15 - Estimations des prix de vente à l'usager des principaux produits illicites en €, 2008

	TREND (1) (3)	OCRTIS (2) (3)
Résine de cannabis	5	5
Ecstasy	5	7
Herbe de cannabis	10	7
LSD	10	nd
Amphétamine	15	nd
Héroïne	38	40
Cocaïne	65	60

(1) Réseau OFDT des sites du dispositif TREND (Lille, Marseille, Metz, Toulouse, Paris and Rennes) - médiane des prix les plus fréquemment constatés

(2) Etude conduite par l'OCRTIS - Direction Centrale de la Police Judiciaire : observation des prix entre le 15 mars et le 10 juin 2008 - médiane des prix les plus fréquemment constatés (50% des prix constatés)

(3) l'unité est le gramme à l'exception de l'ecstasy et du LSD exprimés en cachet ou à l'unité - moyenne des deux sources

Sources : TREND / OFDT, OCRTIS

Les résultats des deux sources d'information sont cohérents et complémentaires. La résine de cannabis, produit illicite le plus consommé en France, est le produit le moins cher sur le marché (5 € le gramme) en opposition avec la cocaïne, qui demeure le plus onéreux avec 60 € le gramme en moyenne. Des variations de prix sur certains produits peuvent être observées au cours des années, même si la « hiérarchie prix » demeure inchangée ; en 2003, le réseau TREND indiquait par exemple le gramme de cocaïne à 70 €, contre 65 € en 2006 (source OCRTIS) et 60 € en 2008 selon les deux sources.

Un lien peut être établi entre le prix d'un produit et le niveau de sa demande : un usager à faible pouvoir d'achat souhaitant consommer des stimulants pourra se tourner le cas échéant vers des amphétamines à 15 € le gramme plutôt que vers un gramme de cocaïne à plus de 60 € ; inversement, une demande individuelle importante ou des achats groupés peuvent influencer le niveau des prix. Néanmoins, de nombreux autres facteurs et paramètres ayant des effets directs sur l'établissement et les variations des prix peuvent être décrits. Enfin, les moyennes de prix constatées dissimulent une réalité plus contrastée où pour chaque produit, des écarts importants existent.

Des différences de prix importantes pour un « même produit » : les notions de qualité

La qualité réelle, perçue ou attendue d'un produit constitue un facteur déterminant de la fixation d'un prix. Les écarts de prix entre l'héroïne brune et blanche, la première étant considérée de moins bonne qualité et donc moins pure par les usagers, sont importants (respectivement 20 € vs 70 € à Paris et 40 € vs 120 € à Marseille). Les cocaïnes connues sous l'appellation d'écaïlle de poisson ou encore Goldfinger et réputées très pures, sont vendues de 100 à 120 € le gramme (Paris et Metz) alors que le prix moyen observé de la cocaïne se situe entre 60 et 65 €. À Toulouse, la poudre de MDMA jouit actuellement d'une réputation de bien meilleure qualité que les cachets d'ecstasy et s'accompagne d'un prix plus élevé pour des effets identiques (70 € le gramme de poudre contre 10 € le cachet – avec une moyenne de 55 mg par cachet, son prix théorique est de moins de 4 €). Les « arnaques » recensées ces dernières années ont pu réduire l'attrait des formes cachets. Enfin, le cannabis (résine ou herbe), est présent sur le marché sous des formes et des qualités très variables et vendu à des prix allant du simple au double. Il existe donc un véritable double marché : des produits de « qualité » très recherchés et chers, accessibles à une minorité de consommateurs « avertis » et en parallèle un second marché de cannabis de moins bonne qualité, largement disponible proposés à des prix très inférieurs. De plus, l'herbe produite localement (auto-culture) est généralement peu chère, très loin de certaines herbes cultivées aux Pays-Bas et réputées de qualité supérieure (À Metz, respectivement 5 € le gramme contre 15 € pour de l'herbe produite en Hollande). À Lille, les prix des herbes réputées « pures » auraient augmentées en 2008 (60/80 € les 10 grammes vs 50 € les années précédentes).

Des variations très conjoncturelles (liées à un événement) peuvent intervenir : la découverte et la diffusion à un large public de l'existence de micro-billes dans certains échantillons d'herbe de cannabis a pu diminuer son pouvoir attractif et donc le prix de ce produit jugé jusque-là très naturel.

Pour la résine de cannabis, les prix peuvent varier subitement en cours d'année en fonction de la « fraîcheur du produit » : récolté au Maroc au mois d'octobre, les stocks de l'année passée peuvent être bradés afin de permettre l'écoulement du produit frais de l'année en cours.

Différences de prix selon les lieux de production et d'achat

Des écarts de prix sont observés pour la plupart des produits psychotropes entre les différents sites d'observation en France : les amphétamines sont par exemple achetées 10 € le gramme à Lille, 15 € à Marseille et Metz contre près de 23 € dans les villes de Rennes ou Paris.

Une position frontalière influence de façon notable les prix. Plusieurs sources lilloises signalent des prix et qualités d'héroïne bien plus « intéressants » en Belgique ; un consommateur belge pourrait acheter de l'héroïne de bonne qualité à Anvers à 150 € les 10 grammes (200 € pour en français) contre un prix généralement annoncé de 30 € le gramme pour un achat effectué à Lille. Des témoignages recueillis indiquent que l'héroïne est accessible aux Pays-Bas à partir de 8 € le gramme pour la moins chère.

Un policier Belge sur le site de Lille constate des ventes d'ecstasy à 1 € pièce en Belgique, qui se retrouvent à 2 € en France, 4 € en Espagne et 10 € aux États-Unis.

De façon plus anecdotique, des fioles de Kétamine sont vendues très bon marché sur des espaces festifs de la région toulousaine ; vendues librement dans des pharmacies indiennes, elles sont importées à l'occasion de voyages personnels. À Toulouse également, un micro trafic individuel via Barcelone et Bilbao, semble être au centre des arrivages de cocaïne sur la ville.

Enfin, certains sites TREND font état d'écarts de prix au sein même d'un espace régional ; le gramme d'héroïne est ainsi acheté plus cher sur un quartier messin que sur d'autres villes du territoire (60 € contre 30 € à Nancy et 15 € à Epinal). L'héroïne achetée à Metz est considérée par les usagers comme de bien meilleure qualité. Le LSD est vendu entre 5 et 15 € à Metz contre 15 à 20 € dans les Vosges.

Inversement, des produits achetés en France peuvent être revendus beaucoup plus chers dans des pays où leur disponibilité est réduite. Les fonctionnaires de police de Paris font mention d'achats de BHD (Subutex®) dans la capitale pour des reventes dans les pays d'Europe de l'Est. Des cachets achetés 5 € l'unité seraient

Tableau 16 - Tendances des prix (en €) des principales drogues illicites, 2006 à 2007

	2006	2007	2008	Évolutions
Résine de Cannabis	4	6	5	→
Ecstasy	6	5	5	→
Herbe de cannabis	5	7	10	↗
LSD	10	10	10	→
Amphétamine	20	15	15	↘
Héroïne	45	42	45	→
Cocaïne	63	65	65	→

Note : Les données des 3 années sont issues du réseau OFDT des sites du dispositif TREND (Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Toulouse, Paris et Rennes) - elles correspondent à la médiane des prix de vente dans la rue (au détail) les plus fréquemment constatés. Tous les prix sont exprimés en /gr à l'exception de l'ecstasy et du LSD (euro/unité). Tous les sites n'ont pas pu fournir systématiquement des prix pour chaque substance ; les médianes sont calculées à partir des informations disponibles

Source : TREND / OFDT

revendus environ 80 € à Tbilissi en Bulgarie. En 2008 a été signalé un trafic de même nature vers la Tunisie (prix de revente 100 € la plaquette contre 15/20 € à Paris).

Cas particulier des médicaments détournés : médicaments de substitution et benzodiazépines

La plupart des médicaments présents sur le marché noir sont achetés en pharmacie selon diverses modalités. Des vols peuvent également alimenter ce marché.

La BHD (Subutex®) est disponible sur le marché noir. Comme pour les autres produits psychotropes, elle n'échappe pas aux différences régionales de prix, même si ces dernières ne sont pas significatives : le comprimé de 8 mg est signalé à 2/3 € à Lille, 5 € à Paris et Rennes et entre 3 et 10 € à Metz. En revanche, les prix du Subutex® sont plus élevés le week-end que pendant les jours de la semaine (5 € contre 2/3 € sur le site de Lille). De plus, le générique de la BHD (la Buprénorphine Arrow®), qui dispose d'une AMM (Autorisation de mise sur le marché) depuis 2006, est vendu dans la rue moins chère que le Subutex® en raison d'un moindre intérêt des usagers pour cette forme (2 € sur le site de Rennes contre 5 € pour le Subutex®).

Beaucoup moins présente que le Subutex®, la méthadone se vend sur la plupart des sites à des prix encore une fois très variables : le flacon de 60 mg est vendu couramment 5 € à Paris et Lille, entre 5 et 20 € à Metz et 15 € à Toulouse. Il semble que la vente ne soit pas la règle mais que la méthadone fasse parfois, comme à Lille, l'objet de pratiques de « dépannage ».

Le Skénan® (sulfate de morphine) et le Rohypnol® (benzodiazépine) ont en commun une distribution très contrôlée et subissent de très importantes variations de prix. À Paris, en période de pénurie ou pendant le week-end, le premier s'achète 100 € la plaquette de 7 comprimés contre 25 € en période normale ; le Rohypnol® subit les mêmes variations (50 € contre 15 €). À Toulouse la disponibilité du Rohypnol® est elle aussi très réduite, entraînant un accès très difficile et des prix élevés (15 € le comprimé).

En conclusion, si l'offre et la demande sont des facteurs déterminants dans la fixation des prix des principaux produits psychotropes illicites achetés au détail en France, de nombreux facteurs additionnels viennent perturber cet « équilibre ». La qualité réelle ou perçue des produits semble déterminante pour fixer et faire varier les prix des principaux produits. Leur accessibilité, notamment aux frontières proches, permet également de faire réduire les prix et d'accroître la qualité.

La disponibilité des produits est remarquable quant à son impact sur les prix, principalement pour les médicaments où des variations fortes sont constatées en période de pénurie mais aussi en fonction du jour de la semaine.

Les variations temporelles des prix des produits sont réels mais ne viennent pas bouleverser la « hiérarchie prix » que l'on connaît depuis maintenant quelques années. Le prix de la cocaïne a certes baissé au cours des dix dernières années, mais elle demeure le produit psychotrope le plus onéreux et hors de portée de beaucoup de consommateurs potentiels ou occasionnels.

TRAFIC DE PROXIMITÉ, PHÉNOMÈNES MARQUANTS DEPUIS 2007

ACCROISSEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE TRAFIC ET L'USAGE

Les années 2007 et 2008 ont vu s'intensifier la lutte contre le trafic et l'usage de drogues pour aboutir au nombre-record de 176 000 interpellations pour infraction à la législation des stupéfiants (ILS) en 2008.

L'ensemble des interpellations pour trafic s'est accru en France de 67 % en deux ans (2008 vs 2006) dont 30 % entre 2006 et 2007. Cette forte croissance est presque totalement imputable à l'augmentation des interpellations d'usagers-revendeurs (+ 54 %) alors que le nombre des interpellations des trafiquants internationaux et locaux varient peu (respectivement + 2 % et + 1 %) [9, 42].

L'ensemble des interpellations pour usage a progressé dans les mêmes proportions : + 31 % de 2007 à 2008 et + 58 % de 2006 à 2008.

Les interpellations pour usage représentent 84 % de l'ensemble des interpellations pour ILS et parmi elles, le cannabis est concerné dans 90 % des cas. Viennent ensuite, les opiacés, la cocaïne et le crack [9].

Le groupe focal rennais « Application de la loi » signale, par exemple, une « explosion » en 2008 du nombre des dossiers importants portant sur le trafic mais également l'ensemble des infractions sur les stupéfiants.

En Ile de France, cet accroissement de l'activité est notamment lié à une réorganisation importante des moyens de lutte contre la drogue à Paris et dans sa petite couronne, de manière à aboutir à une coordination renforcée entre les différentes structures intervenant dans le champ du trafic de drogues..

ADAPTATION PERMANENTE DU TRAFIC ET ACCESSIBILITÉ MOINDRE DES PRODUITS DANS CERTAINS QUARTIERS

À cette activité policière répondrait, comme plusieurs rapports de sites le signalent, une adaptation de l'organisation des trafics.

Fonctionnaires de police et observateurs ethnographiques décrivent en effet une complexification du deal de rue, allant dans le sens d'une segmentation des tâches, de l'accroissement de la discrétion des transactions et d'une mobilité accrue des trafics.

Ils notent ainsi l'utilisation plus fréquente de rabatteurs, la dissociation, lors de la vente, entre la prise de rendez-vous avec un premier revendeur, la récupération de l'argent effectuée par un autre et la remise du produit réalisée par un troisième (Rennes, Paris) [19, 21].

Enfin, les transactions tendent à être moins visibles dans la rue et plus furtives. Sont ainsi observés :

- Une extension de l'usage du téléphone portable pour la prise de rendez-vous avec un revendeur permettant ensuite la réalisation d'une transaction très rapide. Si cette méthode n'est pas nouvelle, elle concerne maintenant des usagers parmi les plus précarisés.

- Des ventes dans les stations de métro plus fréquentes qu'auparavant à Paris

Le déplacement d'une partie du trafic de rue vers des parties privatives (cours d'immeubles, appartements) en particulier concernant le cannabis et la cocaïne (Paris).

- Des rendez-vous déplacés au dernier moment, dans le temps et l'espace.

Sur plusieurs sites (Paris, Rennes, Toulouse), un déplacement du trafic vers l'extérieur des villes a été noté : communes limitrophes de Seine-Saint-Denis pour Paris en particulier pour le trafic du crack, zones rurales périurbaines pour Rennes et Toulouse. À Rennes, par exemple, les grosses quantités sont davantage stockées hors agglomération « en zone gendarmerie », « pour éviter la BAC » (Brigade anti-criminalité) [19, 21, 23].

À Paris, résultat de cette activité répressive, l'accès aux produits serait devenu plus difficile en 2008 et nettement moins visible dans les espaces publics, notamment dans le XVIII^{ème} arrondissement de Paris qui reste cependant, dans la Capitale, le principal lieu de vente de rue des médicaments psychotropes détournés mais aussi de produits illicites. Les fonctionnaires de police et les observateurs ethnographiques parisiens considèrent cependant que cette discrétion est davantage liée à une réorganisation du trafic qu'à un recul réel de celui-ci [21].

DÉVELOPPEMENT DES MICRO-RÉSEAUX⁴⁵

En œuvre depuis les années 2000, il est porté par deux phénomènes qui continuent à s'intensifier.

Ce point est développé dans Gandilhon, M. et E. Hoareau, Les évolutions du petit trafic d'héroïne et de cocaïne en France, in Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND, OFDT, Editor. 2010: Saint-Denis.

Le premier est l'investissement du deal de proximité de la cocaïne par des réseaux organisés qui étaient auparavant spécialisés dans le deal de cannabis. Celui-ci tend en effet à être délaissé au profit de la cocaïne dont le trafic est beaucoup plus lucratif en termes de rentabilité absolue. Le phénomène est de plus en plus patent dans les quartiers périphériques des grandes métropoles françaises et ne cesse de se renforcer [9, 23]. Dans une étude [2], menée entre 2004 et 2005, dans le cadre d'un partenariat entre TREND et l'OCRTIS, sur des procédures d'interpellation pour usage, usage-revente et trafic de cocaïne, destinée à dresser une typologie du micro-traffic en France, ces réseaux sont catégorisés sous l'appellation « semi professionnels » et sont décrits de la manière suivante :

« Ce sont des réseaux animés par des personnes qui ne sont pas consommatrices de drogues et qui se lancent ou se reconvertisent dans le trafic de cocaïne pour des raisons purement mercantiles. Dans l'esprit, ils sont proches de réseaux impliqués dans un banditisme plus sophistiqué et se caractérisent par une dimension ethnique et/ou familiale prononcée. [...] Ces réseaux peuvent opérer aussi bien dans le contexte 'urbain' dans lequel ils sont naturellement implantés de par leur positionnement géographique (zones périurbaines) que dans un contexte festif (boîtes de nuit, discothèques, free parties) [...] ».

Une autre modalité du trafic de proximité de cocaïne fréquemment mentionnée par les sites du dispositif TREND est celle des réseaux d'usagers-revendeurs qui se lancent dans le deal, dans un premier temps pour financer leur consommation personnelle à moindre coût, en achetant la cocaïne à un grossiste ou un semi-grossiste, et qui finissent par se professionnaliser en constituant des micro-réseaux comprenant quelques clients [43]. Ce type de réseaux, du fait de leur modalité d'approvisionnement, a permis de mettre en évidence l'importance des phénomènes transfrontaliers [44], les usagers-revendeurs n'hésitant pas, quand ils n'ont pas sous la main de grossistes implantés à proximité, à franchir les frontières nationales pour s'approvisionner en cocaïne voire en héroïne dans les pays jouxtant la France (Belgique, Hollande, Espagne). Il est probable que ce type de réseaux, fondé sur un trafic de fourmis, est majoritaire en France en termes quantitatifs par rapport aux réseaux liés au grand banditisme et aux bandes de dealers professionnalisés.

Ces petits trafics, selon l'OCRTIS, contribuent considérablement à la disponibilité de la cocaïne en France et à sa diffusion hors des seules métropoles régionales. Le dynamisme actuel de la production d'héroïne et de ses réseaux de trafic internationaux renforce le rôle de ces deux voies d'alimentation du deal de proximité [9].

MOLÉCULES ÉMERGENTES ET DÉVELOPPEMENT DU TRAFIC SUR INTERNET

Si le développement d'un trafic sur le réseau Internet n'est pas une tendance nouvelle, elle a pris au cours de ces deux dernières années un relief particulier du fait de sa conjonction avec un autre phénomène : l'apparition sur le marché et la diffusion d'un éventail de nouvelles molécules de synthèse dont la plupart sont uniquement diffusée par ce média.

Ainsi, de 2007 à 2009, en supplément des plantes et des champignons hallucinogènes dont la vente sur Internet est le premier moyen d'approvisionnement, plusieurs produits ont vu l'extension de leur usage s'intensifier (GHB/GBL, poppers, mélanges d'herbes substitut du cannabis...), en dépit même de leur interdiction, en grande partie du fait de leur accessibilité sur Internet (voir chapitres respectifs).

De nombreux sites proposent un éventail de produits psychoactifs à l'attention de jeunes usagers festifs à la recherche de nouvelles expérimentations ou encore d'usagers de substances illicites (parmi lesquels le cannabis) souhaitant rester dans la légalité. Ces produits sont généralement labellisés « légaux »⁴⁶ ou bien vendus sous forme d'encens portant la mention « non destiné à la consommation humaine ». Leurs effets et leur toxicité sont peu connus et l'information délivrée par ces sites est minimale voire quasiment absente. Les seules informations disponibles proviennent des expériences de consommation que s'échangent les usagers dans des forums sur Internet.

L'OEDT a répertorié en 2009, 115 sites répartis sur 17 pays de l'Union Européenne [45]. La majorité est basée⁴⁷ en Angleterre (37%), puis en Allemagne (15%), en Hollande (14%) et enfin en Roumanie (7%). La durée de vie de ces sites est variable. Certains observent des périodes de fermeture temporaires pour réouvrir peu après. Ils profitent de l'absence d'harmonisation du statut juridique de ces substances au plan européen. Celles-ci restent en effet légales dans certains états et non dans d'autres.

La diffusion de ces produits est difficile à appréhender. Les quantités saisies apparaissent encore trop limitées pour permettre l'évaluation des quantités circulantes en France. Elles ne sont pas nécessairement répertoriées quand la possession ou le transport de ces substances n'est pas interdit. Par ailleurs, l'usage étant vraisemblablement à ce jour peu problématique, les usagers ne fréquentent pas les structures de soins.

46. Soit parce qu'ils ne font pas (encore) l'objet d'un classement, soit parce que leur statut est peu clair (par exemple leur précurseur est classé).

47. Identification du pays d'origine renseignée par l'extension du nom de domaine.

Les collectes SINTES de ces produits ont réalisées auprès d'usagers de 20 à 35 ans dans des événements festifs type rave, discothèque et soirées privées.

Spice, Gorilla etc. une couverture pour les agonistes cannabinoïdes

Dès 2007, avait été noté l'intérêt grandissant chez des amateurs de cannabis pour des mélanges de plantes vendues en particulier sur le site Biosmoke (site en langue française). Ces mélanges, vendus officiellement comme parfums d'ambiance (encens) étaient censés contenir des plantes légales en France mais pourvues d'effets psycho-actifs. Il s'est avéré (en 2009) que ces produits ne contenaient pas les ingrédients « naturels » annoncés mais des analogues synthétiques du cannabis.

La majorité des sites proposant SPICE (le mélange de plantes contenant des agonistes cannabinoïdes le plus répandu et le plus caractéristique) est située en Angleterre (53%), suivi par la Roumanie et la Lituanie. Pour certains pays de l'Union européenne où la législation n'interdit pas leur consommation, ces mélanges d'herbes sont aussi accessibles dans des smart-shops ou des sex shops.

La cible de ces produits sont les consommateurs de cannabis qui en parlent comme une alternative légale, facile d'accès (colis discret par voie postale, à domicile) et à un prix raisonnable (le gramme étant vendu à moins de 10 €).

La liste de ces mélanges n'est pas exhaustive. Tout mélange de plantes « légales » aux propriétés psychoactives pouvant être le « cheval de Troie » de ces agonistes de synthèse.

Agonistes cannabinoïdes:

Les agonistes cannabinoïdes sont des substances de synthèse agissant sur les récepteurs du THC (Tétra hydro cannabinol, principe psychoactif principal du cannabis) avec une meilleure affinité que celui-ci. Ils sont donc censés reproduire de manière plus puissante les effets du cannabis. Ils sont disponibles sous deux formes sur Internet : soit présentés en tant que tels, soit inclus dans les mélanges de plantes aux vertus psychoactives évoqués ci-dessus. Ces mélanges ne mentionnent jamais la présence des agonistes synthétiques.

Un certain nombre de sites internet proposent la vente en ligne de la plupart des agonistes cannabinoïdes répertoriés 'JWH-018, CP 47,497, JWH-073, JWH-200, JWH 250. Présentés sous forme de poudre, leur prix varie de 35 € à 130 € le gramme.

En France, après la classification⁴⁸ comme substances stupéfiantes de des cannabinoïdes JWH-018, CP 47,497 et HU-210, sont apparus d'autres molécules de la même famille (JWH 200, etc.) rendant sans fin la course à la classification de ces substances par les autorités sanitaires.

Le marché innovant des drogues de synthèse de l'espace festif

Les premiers signes de la circulation de nouvelles drogues de synthèse dans l'espace festif « techno », sont apparus d'après les collectes de SINTES-Veille⁴⁹ depuis 2006 (cas de la BZP, la mCPP, le 2C-B) [46-51].

Tableau 17 - Molécules synthétiques de diffusion récente

Phénytylamine	Cathinones	Pipérazines	Tryptamines	Autres stimulants	Agonistes cannabinoïdes
2C-I	bk-MDMA (méthylone)	mCPP*	5-MeO-DALT	dMAA	JWH-018**
2C-E	4MMC (méphédronne ou methcathinone ou Subcoca I)	pFPP*		methyl-mesembrine	JWH-073
4-FMP	bk MBDB (butylone)	TFPPP*		MDAI	JWH-200
1-PEA	MDPV (MDPK)	BZP**		poudre de yopo	JWH-250
	4 FMC (fluphadrone)			2-dpmp (desoxy-pipradrol)	CP 47,497**
	Ethylcathinone (subcoca II)			pFBT (4-fluorotro-pacocaine)	HU-210**
				MDAI (Aminoindane)	

* : Retiré récemment de la plupart des sites Internet

** : Classé comme stupéfiant en France

En gras : Analysé depuis 2008 par le dispositif SINTES

Source : SINTES 2008, OFDT

48. Le 24 février 2009.

49. Voir le chapitre « Organisation et modalités de fonctionnement ».

L'enquête SINTES-Observation⁵⁰ sur les produits de synthèse en 2009 a confirmé leur circulation mais a aussi vu apparaître d'autres molécules, vendues comme ecstasy mais qui après analyse se sont révélées être des substances psychotropes non classées comme stupéfiants en France et disponibles sur Internet (4FMP, 4MMC, pFPP, butylone etc.). Leur prix varie selon le site Internet, la nature de la molécule et la quantité achetée entre 15 € et 90 € le gramme de poudre.

Peu d'informations sont disponibles sur ces produits. Ils sont le plus souvent présentés comme alternative légale au BZP, à la MDMA, à l'amphétamine. Accompagnés de témoignages d'usagers vantant les effets du produit ainsi que la mention « Pas pour la consommation humaine ». ... Les seules informations sont les témoignages d'usagers qui s'échangent des moyens, en combinant la prise de telle substance avec une autre d'approcher le plus possible la MDMA, l'amphétamine le 2C-B etc.

Lexique

Phénéthylamines : Famille emblématique des stimulants de synthèse. Comprend notamment l'amphétamine, la MDMA, le 2C-B. Psychostimulants entactogènes avec une composante hallucinogène plus ou moins marquée selon les produits.

Cathinones : Psychostimulants dont les effets se rapprochent des phénéthylamines, en plus léger.

Pipérazines : Famille de produits considérés comme une alternative à l'amphétamine ou la MDMA. C'est aussi la famille du viagra®.

Tryptamine : Hallucinogènes (proche du LSD)

Agonistes cannabinoïdes : Analogues au THC

De la drogue de synthèse à la drogue virtuelle

On notera aussi l'existence de sites Internet proposant des drogues virtuelles. Les « idoses » virtuelles d'une drogue (quasiment toutes celles existantes sont proposées) sont ainsi achetées à l'unité, sous format d'un fichier de son dit « bi neural » qui est lu à l'aide du programme « idoser » téléchargeable sur internet [32]. Cette façon « saine » de se droguer au regard des usagers, même si elle reste marginale, semble avoir de plus en plus d'expérimentateurs.

49. Voir le chapitre « Organisation et modalités de fonctionnement »