



Observatoire Français des Drogues  
et des Toxicomanies

# Tendances Récentes

## Rapport TREND

mars 2000

<b>Contributions</b>	<b>5</b>
<b>Introduction</b>	<b>9</b>
<b>Diffusion des substances psychoactives en France</b>	<b>15</b>
<b>La diffusion, ses phases et ses éléments explicatifs</b>	<b>16</b>
Le concept de diffusion	16
L'échelle de diffusion	16
Les éléments explicatifs de diffusion	18
<b>Application de la méthode à une sélection de substances</b>	<b>20</b>
Phase « Cercle d'initiés » (dans l'espace festif) : le DMT (Diméthyltryptamine)	21
Phase de diffusion restreinte (dans l'espace festif) : Gamma OH, GHB	22
Phase de diffusion (dans l'espace festif) : la kétamine	23
Phase de diffusion (dans l'espace urbain) : le <i>crack</i>	25
Phase de diffusion (dans l'espace festif) : le <i>speed</i>	29
Phase de diffusion large (dans l'espace urbain) : la cocaïne	30
Phase plateau (dans l'espace festif) : l' <i>ecstasy</i>	34
Phase descendante (dans l'espace urbain) : l'héroïne	37
<b>Synthèse globale de diffusion de l'ensemble des substances surveillées dans les deux espaces urbain et festif</b>	<b>40</b>
Dissemblances	42
Analogies	42
Jonction	43
<b>Morbidité et mortalité</b>	<b>45</b>
<b>Caractéristiques des usagers reçus en fonction des modalités de prise en charge</b>	<b>46</b>
Service d'urgences	46
Médecins généralistes	47
Hôpitaux et centres de soins spécialisés	47
Différences et similitudes selon le mode de prise en charge	48

<b>Morbidité et mortalité liées aux stimulants et hallucinogènes</b>	<b>49</b>
Morbidité liée aux stimulants et hallucinogènes	49
Mortalité liée aux stimulants et hallucinogènes	50
<b>Conclusion</b>	<b>52</b>
<b>Analyse des données collectées dans la base SINTES (1999)</b>	<b>53</b>
<b>L'ensemble des substances identifiées</b>	<b>54</b>
<b>Substances les plus fréquemment identifiées par l'analyse toxicologique</b>	<b>55</b>
La MDMA	55
Les amphétamines	57
Les médicaments	58
<b>Autres substances psychoactives non médicamenteuses retrouvées</b>	<b>59</b>
<b>Conclusion</b>	<b>60</b>
<b>Thèmes particuliers</b>	<b>61</b>
<b>Les consommations transfrontalières</b>	<b>61</b>
Les consommations transfrontalières dites festives	61
Les consommations transfrontalières dites urbaines	64
Conclusion	65
<b>Polyconsommation et régulation de la consommation</b>	<b>67</b>
Les différentes finalités recherchées par les usagers	67
<b>Conclusion</b>	<b>70</b>
<b>Conclusion du rapport</b>	<b>73</b>
<b>Glossaire</b>	<b>75</b>
<b>Annexe 1 : méthodologie générale</b>	<b>79</b>
<b>Annexe 2 : les dispositifs expérimentaux d'observation en milieu non spécialisé pour la toxicomanie</b>	<b>90</b>

## CONTRIBUTIONS AU PROJET

**Directeur de publication**Jean-Michel Costes *Directeur de l'OFDT***Responsable du projet**Alice Sarradet *Chargé d'études OFDT***Rédaction du rapport**Abdalla Toufik *Chargé d'études OFDT*Alice Sarradet *Chargé d'études OFDT*Michel Gandilhon *Chargé d'études OFDT***Membres de la commission TREND du Collège Scientifique de l'OFDT**Président : Antoine Lazarus *Sylvain Dally*Alain Epelboin *Claude Jacob*Dominique Pécheux *Marc Valleur***Experts de la commission TREND élargie**Jean-Pierre Counil *Claude Orsel*Julien Emmanuelli *Etienne Matter*Rodolphe Ingold *Jean-Marc Priez*Anne Lovell *Christian Sueur***Membres du réseau TREND-SINTES****Le réseau IREP**

Rodolphe Ingold, Directeur

Mohamed Toussirt, Coordinateur national

*Enquêteurs TREND et collecteurs SINTES*Jérôme Latrobe *Safia Soltani**Banlieue parisienne (91)*

Daniel Grenier

*Dijon*Gérard Cagni *Brahim Riyachi*

Patrick Piras

*Lille*Jean Harbonnier *François-Xavier Wittek*Sophie Langlois *Hugo d'Alessandro*Arnaud Timmereman *Thierry Mbaye*Jean-François Cauche *Vincent Guderzo**Marseille*Daniel Barraud *Antoine Bruno*

*Metz*

Claude Jacob Denis Poisson  
Martine Hubert

*Paris*

Toufik Adohane Lahmer Abderrahim

*Rennes*

Magguy Coulouarn Vincent Debierre

*Toulouse*

Josiane Sabatier Dominique Daubagna  
Daniel Garipuy Francis Saint Dizier

**Les structures de bas seuils**

Danièle Authier (Ruptures, Lyon)  
Catherine Jourlin, Monique Marien (Médecins du Monde, Lyon)  
Gérard Cagni (SEDAP, Dijon)  
Didier Févrel (Médecins du Monde, Marseille)  
Eric Schneider (Sleep in, Marseille)  
Bruno Tanche (AMPT, Marseille)  
Denise Cassin, Gilles Charpy (BRAS-AIDES, Paris)  
Leïla Chala, Cécile Rougerie (EGO, Paris)  
Jean-Michel Delile (CEID, Bordeaux)  
Jean-Paul Lebon (ASUD, Bordeaux)  
Frédérique Dérolez (antenne mobile AIDES, Lille)  
Jean-Marie Brunnin (espace du Possible, Lille)  
Monique Isambart (PROSES, Bagnolet (93))  
Philippe Durant, Xavier Colle (C3R, Blanc Mesnil (93))  
Olivier Romain, Sylvie Balteau (CMSEA, Metz)  
Martine Lacoste (Clémence Isaure, Toulouse)  
Magguy Coulouarn, Claude Vedeilhie (Centre de soins en pharmacodépendances et toxicomanies, Rennes)

**ASUD**

Fabrice Olivet, ASUD National  
Ben et Vincent, Usagers et Citoyens à Valenciennes  
Jean-Bernard Wojciechowski, ASUD Metz

**Techno plus**

Thierry Charlois et les équipes de Techno plus Paris

**Le LIRESS**

Astrid Fontaine Céline Verchère  
Caroline Fontana Renaud Vischi

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

Marguerite Arène Patricia Echevarria,  
Michel Joubert Sylvain Aquatias

**Le réseau Hérodote de l'Essonne**

Sandrine Gualdoni

**Le service des urgences de l'hôpital Lariboisière**

David Elkharrat Françoise Benhamou

**Les réseaux de médecins généralistes**

Philippe Binder, G&T National  
Alain Mucchielli et Jean-François Richard, Fédération Régionale des Réseaux de Santé PACA  
Alex Maire et Serge Hefez, Copast à Paris  
Anne Vellay et Vincent Pachabézian, Rive gauche à Paris  
Jacques Barsony, Passages à Toulouse

**Les médecins ayant participé à l'enquête**

Pierre-Yves Arnoulet	Ouri Chapiro	Jacques Martin
Jean-Pierre Aubert	Pascal Charbonnel	Carole Nouchi
Danielle Avramov	Franck Chemoul	Dominique Pallares
Alain Bardoux	Bernard Coadou	Jean-Charles Péré
Jean-Louis Bensoussan	Gérard Fontan	Marie-Hélène Rapillard
Pierre Laine	Philippe Saint Germes	Jean-Claude Huber
Gérard Régine	Christian Boissier	Philippe Jaury
Christine Briois-Zietek	Anne-Marie Begué-Simon	
Philippe Castera		

**Les participants à SINTES**

Martine Chabrilat, laboratoire des douanes d'Ile-de-France  
Huguette Chaudron, laboratoire de Police Scientifique de Lyon  
Roland Molinaro, laboratoire de l'IRCGN (Gendarmerie Nationale)  
Martine Galliot-Guilley, laboratoire de toxicologie de l'hôpital Fernand-Widal à Paris  
Jocelyne Arditti, laboratoire de toxicologie de l'hôpital Salvator à Marseille  
Samira Djeddar du CEIP de Paris

*Pour Médecins du Monde*

Béatrice Stambul	Patrick Beauverie	Laurent Gauthier
Valère Rogissart	Jean-Pierre Daulouède	René Baglioni
Philippe de Botton	Pierre Gay le Maître	Hans Gadélius
Patrick Gasmann	Michèle Lucas	André Bénézéch
Jean-Luc Pradeille	Guillaume Monnet	Frédéric Mazerand
Grégoire Sérkoff	Jérôme Sanchez	Davis Laffontas

Yohann Le Bouter	Sophie Malhière	Thierry Lleba
Bastien Noël	Sandrine Mazzoleni	Patrick Arguimbau
Jean-Jacques Bagoud	Philippe Tessier	Sarah De Haro
Georges Lachaze	Lionel Sayag	Rova Aly
Jimmy Kempfer	Alexandre Thomas	Mady Mercier

#### *Pour le CEID*

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

#### **Sont également remerciés**

Charlotte Trabut, MILDT  
Alice Guiton, MILDT  
Chantal Gatignolle, AFSSAPS  
François Jaspard, OCRTIS  
Christine Barbier, DGS bureau SP3  
Jérôme Reynaud, GRVS à Nice  
Yves Charpak, EVAL  
Anne Duburcq, EVAL  
France Lert, INSERM U88  
Patrick De Lasselle

#### **Architecture informatique de la base SINTES**

Bernard Legoueix, OFDT

#### **Maquette et suivi de fabrication**

Frédérique Million, OFDT

#### **Et toute l'équipe OFDT mobilisée sur le projet**

## Introduction

---

Les données analysées dans ce rapport sont issues du dispositif Tendances Récentes et Nouvelles Drogues (TREND), lequel est encore au stade de la mise en place. Dans une perspective de complémentarité avec les sources existantes, le dispositif TREND tente d'élaborer une approche permettant de :

**détecter** les phénomènes émergents ;  
**comprendre** les contextes, les modalités d'usage et les implications diverses de la consommation des substances ;  
**suivre** dans le temps les évolutions de la consommation pour en dégager les tendances.

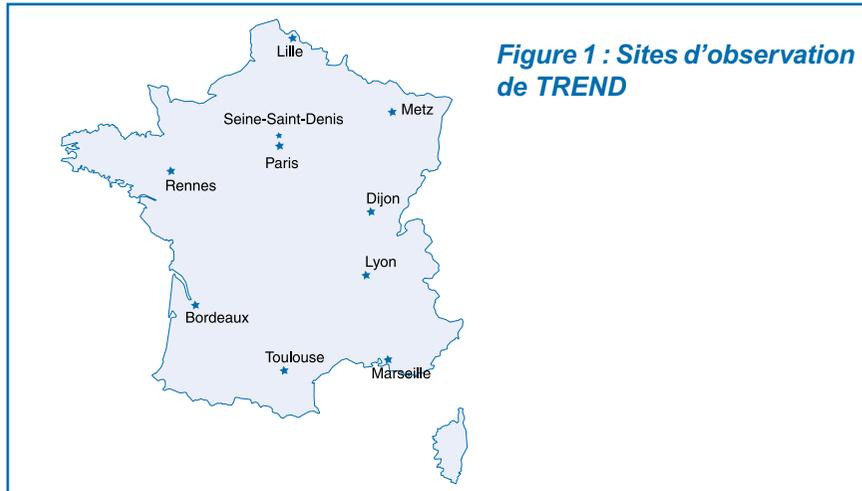
L'approche développée ici (voir méthodologie en annexe) s'est inspirée des dispositifs similaires existant dans d'autres pays. L'analyse du fonctionnement de ces dispositifs met en exergue quatre éléments importants :

- la pertinence du recours à la méthode de recueil (observations, entretiens et notes de synthèse) et d'analyse qualitative, laquelle s'avère plus adaptée en termes de rapidité de détection des tendances émergentes ;
- l'intérêt de centrer le dispositif d'observation sur un nombre limité de sites ;
- l'importance d'une souplesse du recueil facilitant la remontée des informations relatives à un événement non prévisible (émergence d'un phénomène) ;
- la nécessité d'une collecte concomitante d'informations de plusieurs observateurs sur le même site permettant de valider l'information, de comprendre le phénomène et de le restituer dans son contexte.

Deux espaces de consommation ont été investigués au cours de cette période de mise en place.

L'**espace urbain** désigne les dix sites retenus dans le cadre du dispositif TREND. Ces sites, dans leur totalité, se situent dans des zones urbanisées ou fortement urbanisées. Sur cet espace, compte tenu de la nature des observateurs sentinelles, les informations sur la population en contact avec les structures de soins, c'est-à-dire des personnes ayant une consommation

« à problème », sont largement dominantes. Les modalités de consommation en vigueur dans la fraction de la population d'usagers dite « cachée », c'est-à-dire les usagers ne fréquentant aucune structure de prise en charge sanitaire ou sociale ou non repérés par le dispositif d'application de la loi échappent en l'état actuel du projet à notre champ d'observation ainsi que les populations relevant de l'espace rural.



L'**espace festif** désigne les lieux où est diffusé un certain style de musique dite techno ainsi que les établissements de nuit. L'observation porte dans cet espace sur des usagers évoluant dans un cadre festif, indépendamment de toute demande de prise en charge sanitaire et sociale. Le milieu techno n'est pas le seul où existent des consommations de drogues. Mais, en l'état actuel du projet, c'est le seul milieu festif investigué.

D'autres limites en termes de champs d'observation peuvent ici être soulignées.

Pour ce qui est de la couverture géographique, les DOM-TOM, en particulier, ne font pas encore partie des sites d'observation.

Pour ce qui est des substances consommées, l'ensemble du champ est loin d'être couvert. Vues l'ampleur et la spécificité des consommations de cannabis, d'alcool et de tabac, les outils de recueil et d'analyse utilisés ici nécessitent une adaptation. Ce travail sera réalisé lors des prochains recueils.

Les thèmes principaux investigués sont relatifs à la disponibilité, le prix, les modes d'administration, les contextes de consommation, le profil des

usagers et les problèmes d'ordre sanitaire observés en relation avec l'usage de substances. D'un commun accord avec les observateurs, l'information relative aux questions ethniques a été exclue du recueil.

Pour parvenir à remplir sa mission, le dispositif s'appuie sur deux types de sources : un réseau d'observateurs sentinelles d'un côté et des sources institutionnelles de l'autre.

### Les réseaux d'observateurs sentinelles

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

Dans chaque site de l'espace urbain, l'observation repose essentiellement sur un enquêteur ethnographe du réseau IREP (Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance) et des personnels de structures de bas seuil (programmes d'échange de seringues et lieux d'accueil « boutiques »), ou des groupes ASUD.

Dans l'espace festif, ces observateurs regroupent essentiellement des membres de l'association Techno-plus, notamment dans la région parisienne, et des ethnologues de l'association LIRESS (Laboratoire Indépendant de Recherche et d'Expérimentation en Sciences Sociales), spécialisée dans la culture techno et couvrant plusieurs régions.

Cette composante du dispositif recueille des données de type qualitatif (observations, entretiens et notes de synthèse).

Deux enquêtes quantitatives pilote viennent compléter ces observations :

- l'une auprès de médecins généralistes faisant partie de réseaux de prise en charge des usagers de drogues présents sur les dix sites d'observation ;
- l'autre auprès d'un service hospitalier d'urgences à Paris.

Le projet SINTES (Système d'Identification National des Toxiques et Substances) mis en place par l'OFDT et décrit au chapitre SINTES (*infra*) fournit des données sur la composition des substances de synthèse ainsi que sur leur contexte de consommation.

Enfin, dans le but d'élaborer des outils permettant le recueil de données auprès de structures non spécialisées en toxicomanie (missions locales, clubs de prévention, personnel de l'éducation nationale, etc.) relatives à la consommation de substances psychoactives dans des populations ne fréquentant pas le dispositif spécialisé, deux projets expérimentaux ont été mis en place en partenariat avec la Mission toxicomanie du Conseil général du département de la Seine-Saint-Denis et le réseau Hérodote dans le département de l'Essonne (annexe 2).

### Les réseaux institutionnels

*Deux partenariats ont pour but la mise en place d'un recueil de données spécifiques à TREND :*

- avec l'OCRTIS (Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants) : un examen de certaines procédures judiciaires relatives aux interpellations pour usage et/ou trafic de drogues, centralisées par cet organisme, a été réalisé par les membres de l'OFDT en charge du projet ;
- avec la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) : un suivi des prescriptions concernant les produits liés directement ou indirectement à l'usage de drogues sur les sites de TREND est prévu.

*Deux partenariats visent un partage de données recueillies par des dispositifs indépendants :*

- avec les CEIP (Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance) situés dans six régions : il s'agit des données collectées dans le cadre d'OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse) créé pour surveiller l'évolution de la consommation de psychotropes et alerter les autorités sanitaires sur l'utilisation de nouveaux produits ou de nouvelles voies d'administration et d'associations potentiellement dangereuses, d'OSIAP (Ordonnances Suspectes Indicateur d'Abus Possible) qui permet un classement par région des principaux médicaments détournés et de DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments et de Substances) qui recueille les décès observés ou publiés en relation avec l'abus de médicaments et de substances dans les régions où se situent les six CEIP ;
- avec l'Institut de Veille Sanitaire : le système SIAMOIS (Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officinal d'Injection et de Substitution) collige les données de vente de seringues et de traitements de substitution.

Compte tenu du contexte de mise en place du dispositif et de l'établissement récent du partenariat avec les CEIP, SIAMOIS et la CNAM, les données pro-

duites par ces organismes ne sont pas utilisées dans ce premier rapport.

L'analyse des données provenant du dispositif TREND est réalisée par l'équipe de l'OFDT. Les résultats sont ensuite discutés par une commission d'experts composée des membres de la commission *ad hoc* du collège scientifique de l'OFDT et d'experts externes.

*Ce premier rapport est subdivisé en deux parties :*

- la première est composée de trois chapitres : 1/ le classement des substances psychoactives consommées en France sur une échelle de diffusion ; 2/ la morbidité et la mortalité observées et 3/ l'analyse des données issues de la base SINTES ;
- la seconde fait le point sur deux thèmes spécifiques : la consommation transfrontalière des usagers français et la polyconsommation du point de vue des consommateurs et de la santé publique.

La première partie fera l'objet d'une actualisation régulière dans les prochains rapports, qui développeront par ailleurs d'autres thèmes spécifiques.

## Diffusion des substances psychoactives en France

---

Le dispositif TREND repose, quant à l'analyse des données issues des observateurs sentinelles, sur une méthode qualitative qui vient en complément des outils statistiques existant. Les enquêtes en population générale sont en effet adaptées pour déterminer le niveau de consommation des substances les plus largement utilisées telles que l'alcool, le cannabis ou le tabac, mais atteignent leurs limites quand la consommation des produits touche un petit pourcentage de la population ou concerne des personnes socialement marginalisées.

Afin de suivre les évolutions de la consommation des substances psychoactives, ce chapitre propose une **échelle de diffusion fondée sur des critères qualitatifs**. L'objectif étant de capter les tendances émergentes, fournir les éléments explicatifs correspondants et à terme pouvoir anticiper sur l'évolution du phénomène. Les produits surveillés ne comprennent ni l'alcool, ni le cannabis, ni le tabac, étudiés par ailleurs (voir « *Drogues et toxicomanies : Indicateurs et tendances* », OFDT, 1999).

Même si l'évolution de la consommation est un continuum, afin de construire un outil opérationnel, l'échelle de diffusion (voir la définition ci-dessous) a été scindée en quatre phases. Le classement des substances selon leur phase de diffusion est établi à partir d'une batterie de douze éléments explicatifs. Ceux-ci sont construits à partir des observations de terrain du réseau TREND, issues de deux espaces de consommation : l'espace urbain et l'espace festif définis en introduction.

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

Pour des raisons de clarté, il est proposé ici une démarche en trois temps :

- aborder la diffusion, ses phases et les éléments explicatifs afin d'en comprendre la dynamique ;
- appliquer la méthode à une sélection de huit substances représentatives de chacune des phases de diffusion ;
- présenter un schéma synthétique de la diffusion de l'ensemble des substances et en tirer les enseignements essentiels.

## La diffusion, ses phases et ses éléments explicatifs

### Le concept de diffusion

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

### L'échelle de diffusion

L'échelle de diffusion a été scindée en quatre phases (figures 5 et 6) :

#### Phase « cercle d'initiés »

Durant cette phase, une substance suscite la curiosité d'un ou plusieurs milieux restreints qui parviennent à se la procurer et l'expérimentent.

Le processus de diffusion proprement dit débute au moment où l'usage de cette substance déborde du cadre des initiés. A ce stade, la substance est souvent cédée à titre gracieux, l'intentionnalité marchande étant secondaire.

#### Phase de diffusion

Au cours de cette phase, la diffusion de l'expérimentation et de la consommation suit différentes modalités : elle peut toucher des tranches

d'âge diverses (modalité générationnelle) ; des personnes appartenant à des milieux sociaux différents (modalité socioculturelle) ou différents quartiers dans la même localité, voire même connaître une diffusion plus large dans des localités, des départements, des régions différents (modalité géographique) (voir figure 2).

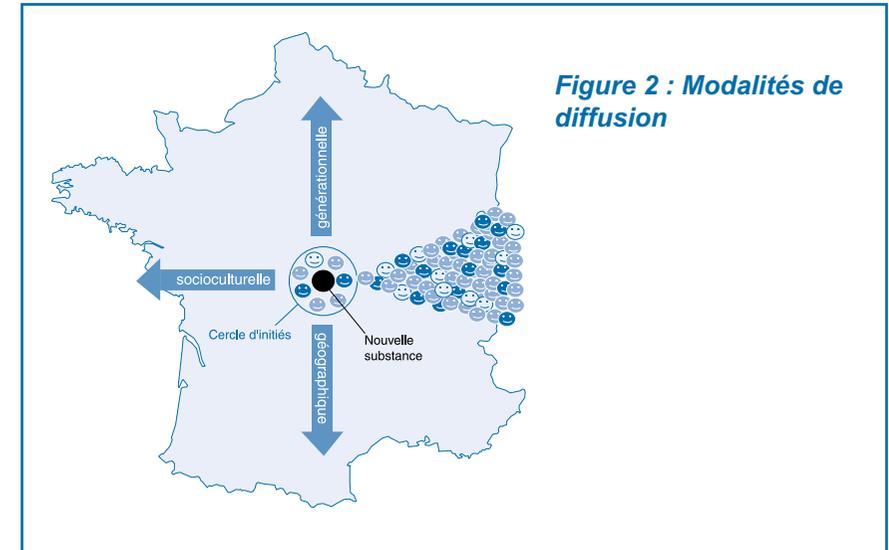


Figure 2 : Modalités de diffusion

La structure de cette phase peut être schématisée par une pyramide renversée reposant sur la phase de diffusion restreinte à la base et avec la diffusion large au sommet.

**La phase de diffusion restreinte** : la diffusion est dite restreinte parce qu'elle s'effectue au sein d'un groupe ethnique particulier, d'une catégorie spécifique d'utilisateurs ou d'un espace géographique restreint ou isolé.

**La phase de diffusion large** : la diffusion est dite large parce qu'elle atteint simultanément plusieurs régions, tranches d'âge et milieux socioculturels. Au cours de cette phase, la diffusion est encore dans sa dynamique de progression.

Entre ces deux phases existe un continuum de situations intermédiaires au cours desquelles la diffusion ne relève plus de la phase restreinte et pas encore de la phase large.

#### Phase « plateau »

Cette phase est identique à la phase précédente à cette différence près qu'au cours de la phase « plateau », la diffusion n'est plus dans une

dynamique d'accroissement mais de stabilisation voire de stagnation. Une sorte d'équilibre est atteint où ni élargissement ni rétrécissement de la diffusion ne peuvent être constatés clairement. En outre, la phase « plateau » ne peut être atteinte qu'après être déjà passée par les autres phases y compris la phase de diffusion large. À noter aussi qu'une stagnation de la diffusion n'empêche pas le nombre de consommateurs d'augmenter (prévalence). À ce niveau, l'outil atteint ses limites et les enquêtes en population se trouvent plus adaptées.

### Phase descendante

La diffusion se contracte soit sur le plan géographique, générationnel, socio-culturel ou les trois à la fois.

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

### Les éléments explicatifs de diffusion

Le classement des substances selon leur phase de diffusion est établi à partir d'une batterie de douze éléments explicatifs, eux-mêmes regroupés à partir des trois axes suivants :

#### 1 - Substance

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

**L'accessibilité perçue** : elle désigne le degré d'effort à fournir par un consommateur moyen, possédant l'argent nécessaire, pour se procurer la substance recherchée. Une substance peut être disponible mais peu accessible. Il existe en effet plusieurs degrés d'accessibilité, lesquels peuvent se mesurer à partir d'éléments comme le temps nécessaire pour accéder à la substance ; la nature des lieux de vente (lieux fermés comme les discothèques, les bars voire les appartements ; lieux ouverts/espace public à

savoir les rues, les parcs, les gares etc.) ; la plage horaire (jour/nuit, matin/soir) durant laquelle le consommateur peut se procurer la substance ; et l'obligation ou non, pour un consommateur, même averti, d'avoir recours à un ou plusieurs intermédiaires pour contacter le vendeur.

**Le prix** : l'augmentation ou la baisse du prix peut fournir une indication sur l'éventail des consommateurs potentiels. Un prix élevé peut constituer une entrave à la diffusion, mais ne joue pas forcément un rôle déterminant.

**La qualité** (taux de pureté et composition) : une qualité en baisse ou inconstante est susceptible de provoquer la désaffection des consommateurs, de même qu'une amélioration de celle-ci ranimera leur intérêt pour le produit.

#### 2 - Consommateur

**Les caractéristiques des consommateurs et nouveaux consommateurs** : il est utile de connaître le profil des consommateurs actuels - en particulier des néophytes - pour cerner celui des futurs consommateurs potentiels (profil « candidat ») qui sont en contact avec eux.

**La perception** : l'image qu'ont les consommateurs, effectifs et potentiels, d'une substance donnée n'est pas immuable, elle évolue dans le temps. Elle devient positive ou négative en fonction des expériences individuelles et collectives, de la prise de conscience des effets bénéfiques ou néfastes du produit ou encore de la capacité, du fait de l'apprentissage collectif, de maîtriser les conséquences négatives de la consommation de ce produit.

**Le mode d'administration** : la rapidité et le potentiel de diffusion d'une substance dépendent aussi de son mode d'administration principal. Cette relation peut se présenter sous la forme d'une gradation allant de la voie intraveineuse, suivie de loin par la voie pulmonaire (fumable) et nasale (sniff). La voie orale, quant à elle, correspondant à la potentialité de diffusion la plus large.

**Les fonctions des substances** : chaque substance peut être consommée pour ses effets intrinsèques (stimulants, hypnotiques, hallucinogènes, etc.) ou pour ses effets dits de « régulation » sur d'autres substances consommées. Certaines de ces substances sont organiquement liées entre elles. La diffusion de l'une influe sur la diffusion de l'autre. Ainsi, généralement et à titre d'exemple, les opiacés, l'alcool et le cannabis sont associés aux stimulants (fonction de régulation de la descente). De même, l'usage d'un opiacé appelle la consommation d'autres opiacés. Cannabis et alcool sont les deux substances qui possèdent le degré d'autonomie le plus élevé. Ils peuvent en effet être consommés régulièrement sans pour cela exiger l'usage connexe d'autres substances de « régulation ». En termes de diffu-

sion, il est prévisible que lorsqu'une substance élargit son cercle de diffusion, des substances de régulation se diffuseront dans son sillage, et ce auprès des mêmes consommateurs. En revanche, la raréfaction ou la disparition de la substance principale n'impliquent pas forcément la raréfaction ou la disparition des substances dites de régulation, lesquelles peuvent s'autonomiser et devenir à leur tour, auprès des mêmes consommateurs, la substance principale (phénomène de conversion). C'est le cas par exemple de l'héroïne chez les consommateurs initiaux de *crack* ou de cocaïne.

### 3 - Circuit de vente de proximité

**Le degré de structuration du deal** : la structuration du petit trafic varie d'un produit à l'autre. Toutefois, une sorte de synchronisation peut s'établir entre le processus de diffusion et celui de structuration du *deal*.

**Diversité des lieux de vente** : leur multiplication, permettant à des consommateurs relevant de milieux sociaux différents d'avoir accès à une substance, est presque parallèle à la diffusion.

**Degré de visibilité du petit trafic** : la vente, selon qu'elle se déroule dans l'espace privé ou l'espace public n'a pas la même signification. Il va de soi que la seconde modalité peut être considérée comme le stade ultime de diffusion, laquelle correspond à une « banalisation de la consommation ». *A contrario*, le retrait d'une substance de l'espace public peut signifier le début d'un processus de rétrécissement de la diffusion.

**Caractéristiques des petits trafiquants (dealers)** : le profil des dealers renseigne sur celui des acheteurs. À la diversification des caractéristiques des vendeurs, répondra celle des acheteurs potentiels, plus nombreux et provenant d'un plus large éventail de milieux différents.

Chacun de ces éléments renseigne sur un aspect du phénomène, mais ne peut à lui seul tenir lieu de facteur explicatif.

### Application de la méthode à une sélection de substances

Compte tenu du contexte de mise en place du projet, **seules 23 substances licites et illicites différentes ont pu être observées**. Faute de renseignements suffisants, nous ne traiterons pas ici de substances telles que les plantes hallucinogènes, les poppers, le Néocodion® et autres médicaments. À terme, le dispositif devra être en mesure de couvrir l'ensemble des substances consommées sur le territoire national.

Comme indiqué précédemment, **le cannabis, l'alcool et le tabac ne sont pas traités ici**. Toutefois, vue l'ampleur de la consommation de ces substances dans les espaces investigués, elles peuvent être considérées comme des « substances – plate forme » auxquelles la consommation d'autres produits licites ou illicites vient s'ajouter.

Afin de rendre concrets les résultats de l'application de cette méthode, chaque phase de l'échelle de diffusion est illustrée par le cas d'une ou plusieurs substances.

**Tableau 1 : Substances d'illustration en fonction de leur phase de diffusion**

Phases de diffusion	Espace (festif/urbain)	Substance d'illustration
Cercle d'initiés	Festif	DMT
Diffusion restreinte	Festif	Gamma OH (GHB)
Diffusion	Festif	kétamine
Diffusion	Urbain	<i>Crack</i>
Diffusion	Festif	<i>Speed</i>
Diffusion large	Urbain	Cocaïne
Plateau	Festif	<i>Ecstasy</i>
Descendante	Urbain	Héroïne

Étant donné le contexte de mise en place du dispositif, les informations sur tous les éléments explicatifs pour chacun des produits considérés ne sont encore ni égales ni homogènes. D'une part, parce que certains éléments comme ceux de l'accessibilité et de la perception n'avaient pas été prévus lors du recueil initial de données et ne furent introduits par la suite que lors de l'analyse à partir des récits et des notes des observateurs de terrain ; et d'autre part, parce que certaines substances sont moins connues que d'autres par ces observateurs, du fait soit de leur nouveauté soit de leur extériorité par rapport au champ d'observation directe.

La démarche proposée consiste à présenter d'abord, pour chaque substance, une synthèse des principales données disponibles relatives aux éléments explicatifs la concernant, puis, en conclusion, le ou les éléments étant apparus comme susceptibles de déterminer la phase de diffusion de ladite substance.

### Phase « cercle d'initiés » (dans l'espace festif) : le DMT (Diméthyltryptamine)

Le DMT est un puissant hallucinogène de courte durée d'action (20 à 45 minutes) qui est consommé sous deux formes : naturelle (le DMT est contenu dans une centaine de plantes) ou synthétique. La présence de DMT synthétique n'a été signalée par nos observateurs que très récemment (décembre 1999). La description qui en est faite par certains usagers en France correspond à ce qu'en expose la littérature internationale, tant au niveau de la forme du produit, de son mode d'administration que de ses effets.

#### Les éléments explicatifs

**Il est peu disponible** : le DMT est consommé en France dans des cercles très fermés d'initiés et d'expérimentateurs de psychédéliques. Il est encore peu ou pas accessible en dehors de ces cercles.

**Il est l'objet d'une perception duelle** : il semble être considéré comme dangereux du fait de ses effets hallucinogènes puissants mais présente aussi un intérêt pour les usagers du fait de la durée relativement courte de son action, qui le rend peu handicapant, comparativement à d'autres substances hallucinogènes comme le LSD dont les effets durent plus longtemps.

#### Conclusion

L'élément déterminant pour placer le DMT en phase de « cercle d'initiés » sur l'échelle de diffusion est le fait qu'il soit peu ou pas connu hors de ce cercle.

### Phase de diffusion restreinte (dans l'espace festif): le gamma OH ou GHB (acide gamma hydroxybutyrique)

Le GHB est un anesthésiant réservé à l'usage hospitalier. Hors-cadre médical, il est connu aussi sous l'appellation d' « ecstasy liquide ». Il se présente sous la forme d'un liquide incolore ou coloré contenu dans des fioles opaques ou d'une poudre blanche cristalline. Ses principaux effets sont décrits comme principalement relaxants ; le produit induirait une perte de la notion du temps et des repères, une sensation de bien-être, d'euphorie, de désinhibition et d'hypersensibilité. Les effets se font sentir rapidement, entre 10 minutes et 1 quart d'heure, et durent de 1 heure 30 à 2 heures, sans sensation de descente notable.

#### Les éléments explicatifs

**La disponibilité du GHB s'accroît** : le GHB ne circulait jusqu'à présent que dans certains établissements de nuit. En région parisienne, il commence à apparaître ponctuellement dans les événements festifs depuis septembre 1999. Sa présence a été sporadiquement signalée, à plusieurs reprises au cours de l'année écoulée, dans la région parisienne, dans le sud de la France et, à la fin de la même année, dans l'ouest du pays.

**Son prix n'est pas connu avec précision** : aucun observateur n'a pu fournir d'indication sur le prix exact du GHB, mais il semblerait que ce prix soit très modeste. En tout cas, nous n'avons pas de données permettant d'attester l'existence d'un petit trafic organisé de cette substance.

**Son mode d'administration principal** est la voie orale (avalé tel quel ou dilué dans une boisson non alcoolisée).

**Les fonctions du GHB sont multiples** : au sein de l'espace festif, le GHB est considéré comme une drogue « couchée », c'est-à-dire ne permettant pas de danser. Le GHB est utilisé seul pour ses effets relaxants, et parfois en association avec d'autres substances pour en potentialiser ou réguler les effets, surtout lors de la descente; il est par exemple utilisé avec l'ecstasy pour relancer et/ou potentialiser les effets et faciliter la descente.

#### Conclusion

Le GHB a été classé dans la phase de diffusion restreinte essentiellement parce que s'il est, au sein de l'espace festif techno, encore utilisé dans un contexte d'expérimentation, ses effets relaxants sont également appréciés pour réguler ceux des stimulants.

#### Phase de diffusion (dans l'espace festif) : la kétamine

Deux types de kétamine<sup>1</sup> sont vendues : la kétamine « humaine » et la « vétérinaire » réputée comme étant plus puissante. Une troisième forme dite « indienne » est apparue au cours de l'année écoulée qui, comme son

<sup>1</sup> Par l'arrêté du 8 août 1997 (*Journal Officiel* du 20 août 97), la kétamine et ses sels, à l'exception de leurs préparations injectables, sont classés comme stupéfiants. Depuis, la forme injectable est réservée exclusivement à l'usage en milieu hospitalier. Deux préparations pharmaceutiques en forme injectable sont disponibles pour cette indication : Kétalar® et Kétamine Panfarma®. Trois préparations existent pour l'usage vétérinaire : Chlorkétame®, Imalgene® et Kétamine UVA®.

nom l'indique, proviendrait d'Inde. La kétamine accessible aux consommateurs en France existe sous quatre formes : ampoule (préparation pharmaceutique) ; liquide incolore sous divers conditionnements dont l'origine, pour le moment, reste inconnue ; poudre blanche ; et enfin sous forme de comprimés (nous n'avons pas d'informations suffisantes sur cette galénique).

### Les éléments explicatifs

**L'image du produit parmi les consommateurs est en cours d'amélioration** : la kétamine est généralement perçue comme dangereuse parce qu'elle induit une perte du contrôle de soi. Certains acteurs du mouvement techno la considèrent comme une substance très éloignée voire antagoniste à l'esprit de leur mouvement. Un parallèle a souvent été fait entre l'émergence de la kétamine au sein du mouvement techno et celle, dévastatrice, de l'héroïne au sein du mouvement hippie à la fin des années 60. Certains vont jusqu'à la surnommer « l'héroïne de la techno ». Même si sa diffusion s'est élargie, elle est encore perçue comme une substance plutôt dangereuse et de surcroît « couchée », c'est-à-dire ne procurant pas d'effets énergétiques. Depuis peu, cette image négative cède progressivement la place, au moins au sein d'une petite minorité, à une représentation valorisant le peu d'inconvénients qui seraient engendrés par la prise de kétamine à savoir l'absence de douleurs et d'effets secondaires désagréables. En outre, l'association avec la cocaïne compenserait ses effets « couchés » et permettrait une meilleure maîtrise de soi.

**La disponibilité de la kétamine s'accroît mais reste encore restreinte aux événements festifs techno non autorisés** : il y a encore quelques années, la kétamine, hormis de petits cercles très restreints, était à peine connue. La première diffusion en France de cette substance remonte à 1996. Au cours de l'année 1998, et surtout en 1999, la kétamine a élargi son cercle de diffusion. L'étude, qui a exclusivement porté sur les événements festifs techno, montre que la vente de kétamine est apparue dans les free parties et les teknivals autour de 1997.

**Son prix est relativement modéré**, se situant autour de 200 F le gramme.

**Le cercle des consommateurs s'élargit essentiellement dans certains événements festifs** : la kétamine semble être introduite en France par des itinérants pour se diffuser ensuite auprès de groupes s'identifiant au mode de vie de ce noyau dur et appartenant au même espace festif techno. La consommation de kétamine s'est élargie ensuite à un cercle plus large mais reste principalement limitée au contexte des événements non autorisés.

Des cas individuels de consommation hors-cadre festif ont également été rapportés.

**La kétamine est adaptable au sniff, le mode d'administration valorisé dans l'espace festif** : quoiqu'elle soit le plus souvent disponible et vendue sous sa forme d'origine, liquide injectable, la grande majorité des consommateurs la sniffe. Pour parvenir à l'adapter à la prise par voie nasale, le consommateur doit la chauffer afin de la réduire en poudre par évaporation. Le développement de ce mode d'administration a rendu la kétamine accessible à des usagers qui, sinon, n'auraient jamais accepté l'injection. De ce fait, sa diffusion s'en est trouvée élargie. Certains usagers préfèrent aussi l'avalier ou la boire. Néanmoins, on signale l'apparition de cas d'injection de cette substance par la voie intramusculaire. L'usage de ce mode d'administration s'explique pour des raisons économiques (coût plus faible) et par la recherche d'un certain type d'effet appelé « k-hole » (trou noir), qui correspondrait au passage vers un stade plus profond de l'expérience.

**La kétamine n'a pas d'autres fonctions que ses effets propres** : la kétamine ne semble pas avoir pour le moment une fonction de régulation des autres substances. Pour ce qui est de ses effets propres, ceux-ci sont décrits comme engendrant un sentiment de dissociation du corps et de l'esprit, lequel serait vécu comme une « libération ». La profondeur de l'expérience semble proportionnelle au degré d'anesthésie du corps, et donc à la quantité absorbée. Trois « niveaux » sont ainsi décrits : l'euphorie, l'inconscience et, à fortes doses principalement par injection, le coma. La durée totale de l'expérience semble être de 3-4 heures.

### Conclusion

La kétamine est placée en phase de diffusion, principalement à partir des éléments suivants : une nette amélioration de son image combinée à un accroissement de l'intérêt qu'elle suscite ; le fait que sa consommation s'étende à plusieurs régions et enfin qu'elle ne soit encore que peu diffusée en dehors des rassemblements techno non autorisés.

### Phase de diffusion (dans l'espace urbain) : le crack

#### Les éléments explicatifs

**La perception du crack est meilleure grâce au changement de son appellation** : jusqu'à récemment, le crack était considéré en métropole

comme un phénomène parisien, et ce constat, relayé par les médias, ne faisait l'objet d'aucune contestation. Les données recueillies dans le cadre du projet TREND font apparaître au contraire une diffusion de cette substance dans des sites éloignés de Paris. Ce décalage entre la vision dominante et la réalité telle qu'elle émerge du dispositif semble le fruit de la conjugaison de deux facteurs :

**Le premier** facteur tient à l'image diabolique du *crack*. Dès son apparition sur la scène française, le *crack* a été présenté, dans la continuité des représentations véhiculées par les médias américains, comme une substance dévastatrice, violente, criminogène, qui *accroche* dès la première prise, image par ailleurs partagée par les usagers de drogues eux-mêmes. En fait, la diffusion du *crack* hors de Paris serait réalisée sous d'autres appellations moins stigmatisées comme « freebase », « caillou », « rocher », « cocaïne bouillie » etc. Aujourd'hui encore, les promoteurs du *crack* s'efforcent d'en donner une représentation rassurante et valorisante. Sur un des sites TREND, où le *crack* vient d'être introduit comme objet de petit trafic, le vendeur l'a baptisé « rocher ». Le rocher aurait, dit-il, deux avantages sur la cocaïne en poudre : d'une part, il serait plus pur (l'ajout de l'ammoniaque ou du bicarbonate de soude est présenté comme un facteur chimique permettant de dissoudre les impuretés) ; d'autre part, il permet de fumer la cocaïne et de se passer ainsi du recours à l'injection tout en n'empêchant pas de la priser (sniff).

**Le second** facteur réside dans l'absence, hors Paris, de petit trafic notable de *crack*. Il aurait été inconcevable qu'une telle substance, sans des structures de deal organisées, puisse voir sa consommation se développer. Or la diffusion du *crack*, hors Paris, s'est opérée grâce à la transmission entre usagers de la « recette » de son procédé de préparation.

**Sa disponibilité ainsi que son accessibilité sont signalées comme étant accrues** : la consommation de *crack* est signalée dans la quasi-totalité des sites TREND à l'exception d'un seul (Bordeaux).

Sur les autres sites, le niveau de la disponibilité est variable. Toutefois la quasi-absence de deal de rue du *crack* se traduit par la réduction de la visibilité du phénomène. À cela il faut ajouter le fait que cette substance porte des noms différents, ce qui a contribué à retarder la prise de conscience de la diffusion relativement ancienne de cette substance dans la région lilloise par exemple.

Il est très disponible à Paris. Dans le département 93, voisin des arrondissements du nord-est parisien, il est assez connu. D'ailleurs, les scènes de *crack* débordent de temps en temps sur certaines communes de ce département.

Mais pour se procurer du *crack*, les jeunes de banlieue se rendent souvent à Paris. Certains ne le consomment d'ailleurs qu'à l'occasion de descentes sur la capitale. L'apparition, depuis le milieu de l'année écoulée, de vente de *crack* sur certaines communes de ce département a été signalée.

**Tableau 2 : Disponibilité perçue du crack sur les sites TREND**

Sites	Source 1	Source 2
Bordeaux	Non disponible.	Non disponible.
Dijon	Rare.	Venant de Paris.
Lille	Artisanement, individuellement. Pas de <i>deal</i> dans la rue.	Préparation à domicile. Quelques ventes dans la rue. Apparaît dès 1986.
Lyon	Fait par les usagers eux-mêmes.	Peu visible.
Marseille	Personnes initiées, importation parisienne.	NR
Metz	À domicile et un peu de vente dans la rue.	NR
Paris	Quartiers (Les Halles) quelques transactions entre amis.	Paris 18ème, trafic grandissant et plus visible. Très disponible augmentation depuis 2 ans.
Rennes	Arrivée très récente. Au cours de la première quinzaine de novembre, 3 patients ont déclaré prendre du <i>crack</i> .	NR
Seine-St-Denis	Arrivée du <i>crack</i> en mai 1999. Les usagers le font eux-mêmes. Fourniture sur Paris.	Implanté depuis près de 10 ans dans le département 93 proche du nord de Paris.
Toulouse	Non disponible.	Consommé mais non acheté.

NR : non renseigné

Source : OFDT - TREND, les sources 1 et 2 sont des structures de bas seuil, des enquêteurs IREP ou des groupes ASUD

À Lyon, Toulouse, Metz et Rennes, la consommation fait son apparition sans qu'elle soit accompagnée par le développement de petit trafic sauf à Metz, ponctuellement du moins. À Dijon et Marseille, certaines personnes initiées en consomment et l'importent de Paris.

Compte tenu de la facilité de sa fabrication à partir de la forme chlorhydrate de la cocaïne (poudre), la disponibilité du *crack* va de pair avec celle de la cocaïne.

**De nouveaux consommateurs sont apparus** : le cercle de consommateurs de *crack* est en cours d'élargissement. En dehors des consommateurs visibles que sont les errants désaffiliés, les travailleurs sexuels, notamment à Paris, ou ceux qui alternent l'usage du *crack* et des opiacés, on note l'élargissement de la consommation à des catégories moins connues telles certaines personnes bien insérées socialement, qui consomment de manière occasionnelle ; et enfin des consommateurs anciens et nouveaux de cocaïne, qui expérimentent, à un moment ou un autre, la forme fumable de leur produit de choix.

**Le *crack* ne nécessite pas l'existence de structures de *deal*, il peut être facilement fabriqué et diffusé par le consommateur lui-même.** Il est remarquable que la visibilité du deal de *crack* n'existe qu'à Paris ainsi que sur une zone assez circonscrite en Seine-Saint-Denis. C'est uniquement à Paris que le petit trafic atteint un degré élevé d'organisation et de structuration. En témoigne la régularité de l'approvisionnement et la stabilité relative du prix. À Metz et à Lille, il est observé ponctuellement. La diffusion du *crack* ne serait donc pas liée au petit trafic, mais serait principalement l'œuvre des usagers eux-mêmes.

**L'adaptabilité du *crack* à la voie fumable, loin de freiner sa diffusion, semble au contraire l'avoir facilitée** notamment auprès de ceux qui éprouvent des difficultés à priser la cocaïne ou de ceux qui recherchent des effets intenses mais sans avoir recours à la voie intraveineuse. Sur l'ensemble des sites TREND, là où le *crack* est disponible, il n'y a qu'à Paris où l'injection est signalée comme mode d'administration principal. Ailleurs, cette pratique, quand elle est rapportée, n'existe encore qu'à l'état embryonnaire ou reste d'une extrême rareté (département 93). Dans ces sites, le *crack* est majoritairement inhalé (fumé) même si des cas de prise par voie nasale sont aussi signalés.

### Conclusion.

Le *crack* est classé dans la phase de diffusion pour les raisons suivantes : il est signalé comme disponible sur la presque totalité des sites ; il commence à recruter des consommateurs dans des milieux socio-culturels divers. On note cependant que cette disponibilité n'existe de manière significative que sur certains sites seulement et par ailleurs que la diversification des milieux socioculturels touchés par le produit n'en est qu'à ses débuts.

### Phase de diffusion (dans l'espace festif) : le *speed*

**Consommée au cours des années 60-70, la forme poudre des amphétamines appelée *speed* aurait refait son apparition sur le marché parallèle au début de la décennie 90** dans les milieux punk et rock. Dans un premier temps, le *speed* serait apparu dans la région de Lille pour se diffuser ensuite au cours de la seconde moitié de la même décennie sur l'ensemble du territoire national et plus spécifiquement dans l'espace festif techno.

### Les éléments explicatifs

**Le *speed* bénéficie de l'image encore intacte d'une drogue facile à gérer.** La représentation des amphétamines varie en fonction du contexte de consommation. Dans la rue, du fait de leur marginalisation extrême, les consommateurs dépendants des amphétamines sont assez stigmatisés. Par ricochet, leur produit de prédilection souffre d'une image assez négative, assimilé en quelque sorte à l'héroïne, le produit de la déchéance. En revanche, dans l'espace festif, les amphétamines sous forme de poudre qu'on appelle *speed* bénéficient d'une image positive. Le *speed* étant considéré comme un produit relativement facile à gérer, qui permet de maintenir éveillé sans modifications profondes de l'état de conscience.

**La disponibilité s'accroît mais de manière inégale entre les événements techno autorisés et non autorisés.** Ces deux dernières années ont vu la disponibilité du *speed* s'accroître de manière assez significative, ce qui constitue un phénomène nouveau en France. La diffusion d'amphétamines dans l'espace festif techno s'est accélérée au cours de la seconde moitié de la décennie 90 et plus particulièrement à partir de 1997. Actuellement, le *speed* est en concurrence avec la cocaïne et même avec l'*ecstasy*. Malgré sa large disponibilité, il n'est pas accessible au même niveau dans tous les événements festifs. Alors que sa consommation est visible lors des manifestations non autorisées dites *free parties*, elle est beaucoup plus discrète dans les raves officielles et les établissements de nuit.

**Le prix du *speed* est modéré et sa qualité est considérée comme bonne et constante.** Le gramme de *speed* se négocie actuellement autour de 100 F et quelquefois moins. Ce prix a presque été divisé par deux au cours de ces dernières années.

**Le circuit d'approvisionnement du *speed* est diversifié.** Le volume et la constance dans la disponibilité du *speed* constituent des indices sûrs

d'une diversité des sources d'approvisionnement. Cette diversité pourrait d'ailleurs expliquer la présence sur le marché de plusieurs variétés de *speed*, qui sont souvent identifiées en fonction de leurs couleurs (blanc, jaune, rose) et de leur provenance géographique supposée.

**Ses modes d'administration principaux (nasale et orale) se trouvent valorisés au sein de l'espace festif.** Outre la rapidité des effets qu'il permet, le sniff en groupe est perçu comme un « rituel », fait de partage et de convivialité. La voie orale, en revanche, est utilisée à la fois pour éviter le goût désagréable et les effets abrasifs du *speed* sniffé et parce qu'elle ne nécessite aucun matériel spécifique.

**Sa relative maniabilité lui permet d'assurer la double fonction de substance principale et de substance de régulation.** Le *speed* peut en effet être utilisé pour ses effets stimulants propres ou en combinaison avec d'autres substances, notamment l'*ecstasy*, le LSD, l'alcool et le cannabis.

### Conclusion

Le *speed* a été placé en phase de diffusion pour deux raisons : sa diffusion s'accélère et s'élargit, dans l'espace festif et à l'échelle nationale mais cette diffusion reste très inégale. Ainsi, les événements non autorisés tels que les Teknivals et les free parties sont les lieux d'une certaine diffusion tandis que les fêtes autorisées et les établissements de nuit connaissent une pénétration limitée.

## Phase de diffusion large (dans l'espace urbain) : la cocaïne

### Les éléments explicatifs

**Sa perception est globalement positive.** Depuis les années 70, la cocaïne est considérée comme une consommation de luxe, apanage des milieux *branchés*. Dans la rue, la consommation exclusive de cocaïne était rare (elle était en revanche souvent associée à celle d'héroïne). C'est la raison pour laquelle cette substance bénéficie d'une image « positive » associée à un certain niveau de réussite sociale et à la croyance que ce produit est une drogue relativement facile à gérer à condition de la consommer avec modération. Mais, aujourd'hui, du fait de sa diffusion élargie et de la baisse constante de son prix, il semble que l'image très positive dont a longtemps joui la cocaïne soit en cours de révision.

**La disponibilité de la cocaïne s'accroît et son accessibilité est devenue plus aisée.** Sur l'ensemble des sites, toutes les données convergent pour indiquer une augmentation nette de la disponibilité. Sur certains sites, cette disponibilité date de quelques années (Lille), alors que pour d'autres elle ne date que de l'année 1999 (Rennes). Sur les autres sites, elle s'amorce entre 1996 et 1998.

Cette disponibilité se manifeste à travers une diversité plus grande des profils des consommateurs et une pénétration dans des quartiers jusqu'alors épargnés.

Accessible jadis dans des espaces privés connus uniquement des initiés, la cocaïne investit de plus en plus les espaces publics. Sur certains sites tels que Paris, il n'est plus nécessaire de faire appel à des intermédiaires pour s'en procurer.

**Tableau 3 : Disponibilité perçue de la cocaïne sur les sites TREND**

Sites	Source 1	Source 2
Bordeaux	Depuis début 98 ; plus accessible que l'héroïne.	Disponible. La proximité de l'Espagne amplifie cette disponibilité.
Dijon	Très disponible. Sa popularité est croissante.	Disponibilité accrue depuis 5 ans.
Lille	De plus en plus disponible, autant que l'héroïne.	Un peu plus difficile à trouver que l'héroïne, vendue dans la rue.
Lyon	Seconde moitié de 1998.	Très disponible depuis l'été 97.
Marseille	Disponible uniquement au centre ville.	Depuis 98, équivalente à celle du Subutex® et de l'héroïne.
Metz	De plus en plus disponible.	En hausse constante depuis 98.
Paris	Très disponible depuis la seconde moitié 98.	De plus en plus disponible dans plusieurs quartiers
Rennes	Disponible	NR
Seine -St-Denis	Disponible depuis quelques mois seulement (au cours de l'année 99). Novembre 98 et après.	Depuis 2 - 3 ans.
Toulouse	Disponible aussi bien dans la rue que par les réseaux d'amis.	Disponible depuis 97.

NR : non renseigné

Source : OFDT - TREND, les sources 1 et 2 sont des structures de bas seuil, des enquêteurs IREP ou des groupes ASUD

En revanche, en termes de visibilité, la consommation dans l'espace public demeure encore discrète malgré une apparition dans certains sites (Marseille, Metz et Lyon). La consommation de cocaïne est encore généralement confinée dans l'espace privé (appartements, squats, etc.).

**Le prix est en baisse** mais cette baisse est encore difficile à évaluer. Actuellement, le prix moyen en France s'élève à un peu moins de 600 F le gramme, alors que celui-ci se négociait, il y a quelques années, entre 800 et 1200 F. Les données ne permettent pas pour le moment de distinguer les prix en fonction des lieux d'achat (appartements, rue, etc.), des quantités achetées, de la qualité des produits achetés et de leur teneur en principe actif. Cette estimation manque sans doute de précision, même si elle reflète la réalité des prix pratiqués. Elle ne doit donc être considérée que comme un ordre de grandeur. Quoiqu'il en soit, pour les observateurs sentinelles, la disponibilité accrue de cette substance s'accompagne d'une baisse significative du prix.

**Tableau 4 : Prix en francs du gramme de cocaïne sur les sites TREND**

Sites	Source 1	Source 2	Source 3	Moyenne site
Bordeaux	NR	600	600	600
Dijon	300-500 (400)	700	NR	550
Lille	200-600 (400)	600	600	533
Lyon	NR	400-600 (500)	600	550
Marseille	400-500 (450)	400	NR	425
Metz	250-400 500 (412,5)	500	NR	456
Paris	400-500 (450)	600-700 (650)	400	525
Rennes	400-600 (500)	600	NR	550
Seine-Saint-Denis	600-800 (700)	500	NR	600
Toulouse	400-600 (500)	600	NR	550
<b>Moyenne nationale</b>				<b>534</b> (de 425 à 600)

NR : non renseigné

Source : OFDT-TREND, les sources 1, 2 et 3 sont des structures de bas seuil, des enquêteurs IREP ou des groupes ASUD.

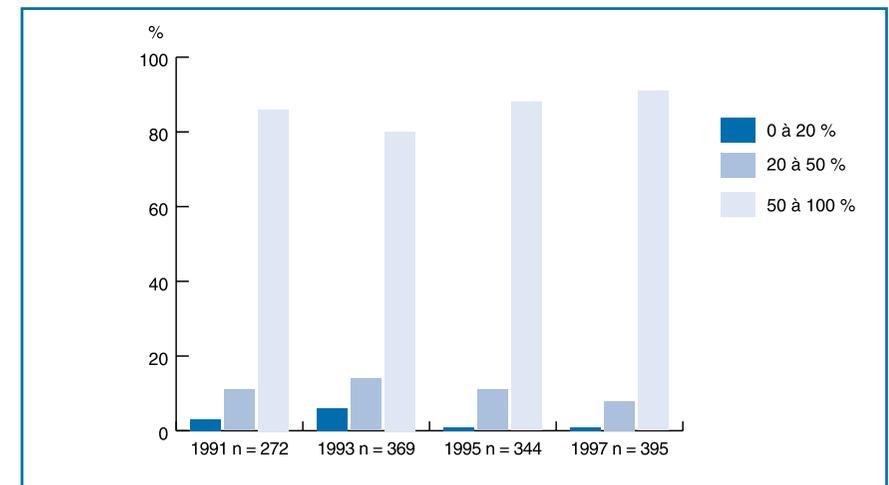
**Les structures de deal sont mieux organisées ; de nouveaux profils de vendeur sont apparus et la visibilité des petits trafics s'accroît particulièrement sur l'espace public.** Deux éléments permettent de mesurer le degré de structuration atteint par le deal de cocaïne :

- la visibilité du petit trafic dans l'espace public : cantonnée auparavant principalement dans les appartements, pour des usagers discrets et bien insérés socialement, la vente de rue de cocaïne sous forme de chlorhydrate (poudre) a fait son apparition, notamment à Paris, Bordeaux et Metz et dans une moindre mesure à Lyon. À Paris, le petit trafic de cocaïne s'est diffusé vers des quartiers jusqu'alors épargnés. Les choses se passent comme si héroïne et cocaïne troquaient statut et rôle : la vente de cocaïne passe de l'espace privé vers l'espace public alors que celle d'héroïne suit le chemin inverse.

- Les remaniements dans les réseaux du petit trafic de cannabis et d'héroïne : sur certains sites, des petits trafiquants de cannabis et d'héroïne commencent à vendre aussi de la cocaïne tandis que d'autres petits trafiquants d'héroïne s'orientent progressivement vers la vente exclusive de cocaïne.

**Contrairement à l'héroïne, la cocaïne vendue en France peut être considérée comme de très bonne qualité** dans la mesure où son taux de pureté est généralement élevé et constant d'une année sur l'autre<sup>2</sup>.

**Figure 3 : Evolution du taux de pureté de la cocaïne saisie entre 1991 et 1997**



Source : Laboratoire de la police scientifique de Lyon, fichier national des drogues saisies 1991-1997

<sup>2</sup> Sur la période de 1991-97, les produits de coupage les plus utilisés ont été la lidocaïne, le mannitol, les carbonates, le lactose, le saccharose, le glucose, l'inositol, la caféine et l'éphédrine.

Une perception des consommateurs confirmée par les analyses de laboratoire.

**De nouveaux consommateurs sont apparus** : il y a encore peu de temps la consommation de cocaïne était essentiellement réservée à deux catégories de personnes : des individus bien insérés socialement d'une part, et d'autre part des héroïnomanes utilisant la cocaïne en association avec l'héroïne. Depuis, deux autres nouveaux groupes auraient fait leur apparition :

- des jeunes, notamment consommateurs de cannabis ou d'*ecstasy* qui découvrent le produit sur leur quartier d'habitation, dans les événements festifs ou dans les discothèques. Il semble que dans ce groupe, du fait de son prix, de son milieu de référence (show business), la cocaïne reste encore un objet de fascination ;

- des personnes substituées à la méthadone et au Subutex® qui, pour des raisons diverses, sont passées à la consommation de cocaïne et pour lesquelles l'opiacé d'autrefois est relégué au statut de substance de régulation. Dans cette catégorie de consommateurs, on trouve aussi ceux pour lesquels la cocaïne est l'objet d'un usage régulier sans que celle-ci soit devenue pour autant leur produit principal.

### Conclusion

La cocaïne est placée dans la phase de diffusion large, c'est-à-dire sur le degré le plus élevé de l'échelle de diffusion parce que sa disponibilité s'est accrue de manière significative sur l'ensemble des sites et qu'elle atteint des classes d'âge différentes et des milieux socioculturels divers.

### Phase « plateau » (dans l'espace festif) : l'*ecstasy*

#### Les éléments explicatifs

**Du fait de sa forme de comprimé ou de gélule, l'*ecstasy* est plutôt perçue comme une substance familière.** Comme la plupart des médicaments, elle se présente souvent en comprimés qu'il suffit simplement d'ingurgiter, sans que cela nécessite une préparation ou une technicité particulières, ce qui contribue sans doute à expliquer sa perception comme substance peu ou pas dangereuse.

**La disponibilité de l'*ecstasy* est inégale selon les lieux de consommation.** Nombreux sont, dans la quasi-totalité de l'espace festif techno, les comprimés et les gélules vendus sous l'appellation *ecstasy*. En revanche, la MDMA n'est pas toujours facile à trouver et cela quelle que soit la nature du contexte festif.

**Le prix de l'*ecstasy* est peu fluctuant** (voir aussi chapitre SINTES) : l'*ecstasy* disponible en France est vendue sous trois formes : comprimés, gélules et poudre. À la fin des années 80, un comprimé d'*ecstasy* valait 300 F. Actuellement le prix de vente moyen en vigueur dans les événements festifs varie entre 50 et 150 F. Le prix courant, par ailleurs stable depuis plusieurs années, est proche de 100 F. La poudre, lorsqu'elle existe, se négocie, quant à elle, entre 250 et 350 F le gramme. Il semble que le prix de la poudre ait enregistré une baisse significative ces deux/trois dernières années.

**L'*ecstasy* est consommée par un large éventail de consommateurs dont les caractéristiques sont proches mais néanmoins distinctes de celles des usagers du cannabis.** Les consommateurs d'*ecstasy* sont souvent considérés comme porteurs des mêmes caractéristiques que ceux du cannabis. Or, même si les premiers appartiennent aux mêmes milieux sociaux et aux mêmes classes d'âge que les seconds, deux traits les distinguent :

les consommateurs d'*ecstasy* se situent généralement dans des tranches d'âge beaucoup plus étroites, plus jeunes ;  
l'*ecstasy* est moins diffusée dans la population des jeunes les plus défavorisés.

Le profil sociologique des consommateurs d'*ecstasy* diffère en fonction des lieux de consommation. Différents profils ont été identifiés :

- des personnes généralement bien insérées socialement, pas nécessairement jeunes, habituées des discothèques ;
- une population plus ou moins homogène, composée essentiellement de jeunes plus ou moins socialement insérés : étudiants, salariés, stagiaires. C'est le profil dominant lors des événements festifs autorisés payants ;
- des personnes relevant de milieux socio-économiques divers dont une proportion plus élevée appartient à des milieux moins aisés voire défavorisés. Cette fraction des consommateurs fréquente essentiellement les manifestations non autorisées ;
- des personnes très désocialisées en errance, vivant en groupe. Cette

population fréquente principalement les grands festivals de musique sur lesquels sont venus se greffer depuis quelques années des « Teknivals », permettant la rencontre de ces deux populations.

### L'offre d'ecstasy est très diversifiée mais l'acheteur n'est pas toujours en mesure d'identifier le vendeur et la nature de l'objet vendu.

Contrairement à ce qui se passe pour toutes les autres substances disponibles dans l'espace festif techno, la vente d'ecstasy se distingue par :

- un système de vente bicéphale composé, d'un côté, de personnes participant à l'événement et, de l'autre, de dealers professionnels attirés par le nombre important de consommateurs potentiels. Il s'agit principalement d'anciens dealers d'héroïne reconvertis dans la vente de cocaïne, substance très demandée actuellement dans l'espace festif techno. Ces mêmes dealers peuvent aussi vendre, à côté de la cocaïne, d'autres substances de synthèse, ecstasy ou autres, demandées par les clients potentiels. Aux ex-dealers d'héroïne s'ajoute la catégorie des dealers traditionnels de cannabis qui peuvent vendre dans l'espace festif à la fois du cannabis et de l'ecstasy ;

- des modalités particulières. Contrairement en effet à ce qu'on observe le plus souvent dans l'espace urbain (aussi bien public que privé), où vendeur et acheteur se connaissent et peuvent se côtoyer, les modalités de vente en vigueur lors des événements festifs ponctuels se distinguent par leur caractère plutôt furtif et anonyme. Dans de telles conditions, l'acheteur éventuellement dupé sur la qualité de la marchandise est parfois privé de toutes possibilités de rétorsion à l'encontre du vendeur ;

- l'aspect et la galénique du produit : le fait que l'ecstasy se présente souvent en comprimé rend son identification difficile voire impossible par l'utilisateur. La multiplication des vendeurs, la diversité impressionnante des comprimés et des gélules circulant sur le marché, combinés à une modalité de vente furtive, sont susceptibles de nourrir le doute quant à la qualité du produit et de conduire à une désaffection des consommateurs.

### Conclusion

Déterminer aujourd'hui le degré de diffusion de l'ecstasy est une entreprise délicate tant la confusion règne sur la signification du terme. C'est pour cette raison qu'il apparaît nécessaire de préciser les différents sens donnés à ce vocable qui a l'origine désignait la MDMA, mais qui est aujourd'hui devenu un terme plutôt générique. L'usage social a abouti au sein de l'espace festif techno, à une situation où ce même vocable désigne désormais deux réalités différentes :

- une forme galénique, à savoir tout comprimé ou gélule vendus sous cette appellation, indépendamment de leur contenu réel et que l'on peut nommer *ecstasy* « objet » ;

- un effet recherché, à savoir l'effet empathogène ou « love », « happy », que l'on peut appeler *ecstasy* « effet ».

L'ecstasy a été placée dans la phase « plateau » car même si l'on constate une certaine radicalisation des groupes les plus marginaux de l'espace festif techno pour lesquels cette substance est parfois considérée comme trop « soft », cette désaffection à l'égard des pilules vendues sous le nom d'ecstasy ne signifie nullement un désintérêt vis-à-vis de l'ecstasy en tant que pourvoyeuse d'effets particuliers. Celle-ci continue en effet à tenir une place essentielle dans la configuration des substances consommées dans l'espace festif.

### Phase descendante (dans l'espace urbain) : l'héroïne

#### Les éléments explicatifs

Sur l'ensemble des sites, l'héroïne est rapportée comme étant disponible ou très disponible.

**Tableau 5 : Disponibilité perçue de l'héroïne (forme chlorhydrate oulet forme base) dans les dix sites TREND**

Sites	Source 1	Source 2
Bordeaux	disponible	disponible
Dijon	très disponible	disponible
Lille	très disponible	très disponible
Lyon	disponible	disponible
Marseille	très disponible	disponible
Metz	très disponible	NR
Paris	disponible	NR
Rennes	disponible	NR
Seine-St-Denis	disponible	disponible
Toulouse	disponible	NR

NR : non renseigné

Source : OFDT - TREND, les sources 1 et 2 sont des structures de bas seuil, des enquêteurs IREP ou des groupes ASUD

**Il est encore difficile de se prononcer sur une éventuelle augmentation ou baisse du prix de l'héroïne ; toutefois, si ce prix n'a pas baissé, il n'a pas non plus augmenté.** En tout cas, en comparaison du rapport qualité/prix des produits de substitution, (notamment les sulfates de morphine), même achetés sur le marché parallèle, le prix de l'héroïne est devenu peu attractif.

**Tableau 6 : Prix en francs du gramme des deux formes de l'héroïne sur les sites TREND**

Sites TREND	Forme chlorhydrate (Blanche)			Forme base (Brune)		
	Source 1	Source 2	Moyenne	Source 1	Source 2	Moyenne
Bordeaux	1500	1200	1350	800	600	700
Dijon	500	800	650	350	400	375
Lille	300	NR	300	200	NR	200
Lyon	NR	900	900	400	600	500
Marseille	400	800	600	300	NR	300
Metz	NR	800	800	150-400 (275)	250	262
Paris	NR	NR	NR	450	500	475
Rennes	700	NR	700	600	NR	600
Seine st. Denis	800	700	750	NR	NR	
Toulouse	800	600	733	500	400	450
<b>Moyenne nationale</b>			<b>753</b> 300 à 1350			<b>430</b> 200 à 700

Source : OFDT - TREND, les sources 1 et 2 sont des structures de bas seuil, des enquêteurs IREP ou des groupes ASUD

**La désorganisation des structures du trafic de proximité et les difficultés grandissantes d'accès à l'héroïne sont constantes sur l'ensemble des sites.** Le large accès aux produits de substitution a peu à peu rendu le deal de rue moins rentable. Ce manque de rentabilité a abouti à la désorganisation du système de deal existant. Cette désorganisation se manifeste à travers les faits suivants :

- la reconversion des vendeurs traditionnels de cette substance dans la vente de cocaïne et d'autres substances ;
- l'abandon de la vente sur l'espace public au profit de l'espace privé (domicile, appartements) moins risqué ;

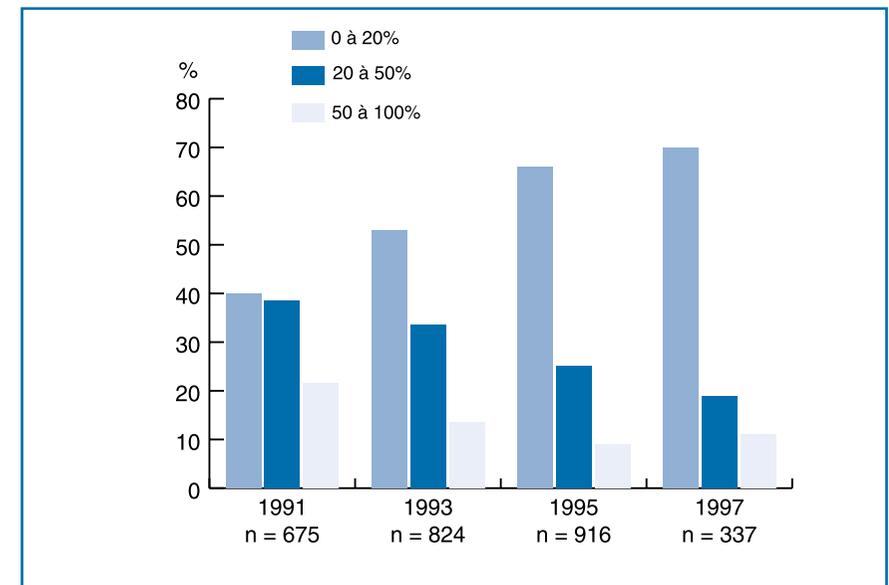
- la mise en place d'une forme de vente « occasionnelle » sur une courte période, en général celle qui suit le début du mois, laquelle correspond au versement des prestations sociales en tout genre. Cette modalité de vente constitue une sorte d'adaptation au changement des modalités de consommation des anciens clients réguliers devenus substitués et maintenant consommateurs occasionnels d'héroïne « pour faire la fête ».

Cette contraction du trafic de proximité a abouti à la forte réduction de l'accessibilité constatée sur certains sites TREND. Ainsi, pour avoir accès au produit, l'acheteur est plus souvent conduit à consacrer plus de temps et/ou à faire appel à des intermédiaires.

**La qualité du produit disponible accuse une constante dégradation.**

La qualité de l'héroïne vendue sur le marché français est perçue par les consommateurs comme étant en constante dégradation. Cette détérioration de la qualité est confirmée par les analyses en laboratoire de l'héroïne saisie en France entre 1991 et 1997.

**Figure 4 : Évolution du taux de pureté de l'héroïne saisie entre 1991-1997**



Source : Laboratoire de la police scientifique de Lyon, fichier national des drogues saisies 1991-1997

**La désaffection des anciens consommateurs est constatée sur l'ensemble des sites.** Hormis les abstinents, qui ont arrêté toute consommation d'héroïne soit parce qu'ils se contentent de la substitution soit parce qu'ils ont arrêté toute consommation d'opiacés, le développement à grande échelle de la prescription des produits de substitution a abouti, au cours des dernières années, à une mutation profonde du profil classique de l'héroïnomanie. On assiste aujourd'hui à l'apparition d'un profil hybride mêlant à la fois consommation d'héroïne et prise de produits de substitution. À l'intérieur de ce type, on peut distinguer les trois catégories suivantes :

**Principalement héroïnomanes :** pour lesquels le produit principal reste toujours l'héroïne. Pour ces derniers, le Subutex® intervient comme substance dite de « régulation » en cas de manque ou de pénurie d'héroïne.

**Principalement substitués :** pour lesquels l'héroïne est l'objet d'une consommation épisodique, régulée et maîtrisée. Dans ce cas de figure, la consommation peut être planifiée (en fonction des revenus par exemple) ou non planifiée (rencontres d'occasion avec des amis consommateurs, des dealers, arrivage d'un « bon produit », etc.).

**Convertis aux stimulants :** dans ce groupe, les opiacés de substitution ainsi que l'héroïne ne sont plus le produit principal mais le produit de « régulation » des stimulants (cocaïne et crack).

### Conclusion

Même si elle demeure disponible, l'héroïne est classée en phase descendante sur l'échelle de diffusion. D'une part, parce que son accessibilité est réduite du fait notamment de la désorganisation des réseaux de petit trafic de proximité et d'autre part parce que la large diffusion de la cocaïne et des traitements de substitution l'ont rendue, pour ainsi dire, beaucoup moins attractive.

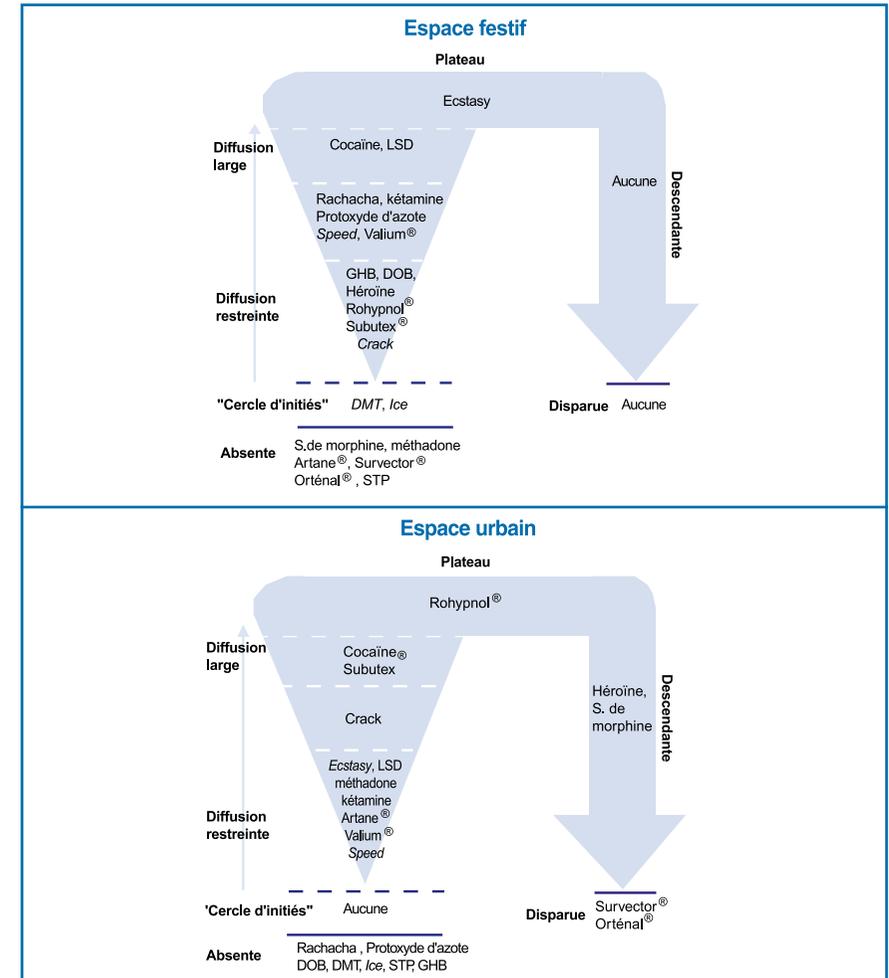
### Synthèse globale de diffusion de l'ensemble des substances surveillées dans les deux espaces urbain et festif

La méthode d'analyse<sup>3</sup> de processus de diffusion a été appliquée à 22 des 23 substances surveillées, positionnant chacune d'entre elles sur l'échelle de diffusion dans l'un et l'autre des deux espaces définis (figures 5 et 6 ci-après). Pour la 23<sup>ème</sup> substance surveillée, le PCP, l'information

<sup>3</sup> La méthodologie est encore en cours d'élaboration, ce qui implique la présence d'imperfections et de lacunes difficilement évitables.

collectée est très partielle. Très ponctuellement, la consommation de PCP a été déclarée, mais la substance n'a pas été identifiée. Les effets de ce produit étant proches de ceux de la kétamine, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'un produit puisse être pris pour l'autre. Cette information mérite donc d'être confirmée.

**Figures 5 et 6 : Répartition des produits surveillés en fonction de leurs phases de diffusion**



\* Tous les médicaments mentionnés dans ces figures sont classés sur l'échelle de diffusion selon les critères établis à partir de l'usage détourné et leur disponibilité sur le marché parallèle et non pas selon leurs niveaux de diffusion sur prescription médicale.

Source : OFDT - TREND

D'un espace à l'autre, l'analyse comparée des relations entre substances et phases de diffusion met en évidence la présence simultanée d'éléments de dissemblance, d'analogie et de jonction :

### Dissemblances

Alors que l'espace urbain est encore dominé en premier lieu par les opiacés licites ou illicites et en second lieu par les stimulants (cocaïne et *crack*), dans l'espace festif ce sont les stimulants (*ecstasy*, cocaïne et *speed*) et les hallucinogènes qui dominent.

Dans la phase de diffusion large, on ne trouve dans l'espace urbain aucun hallucinogène ; de même dans l'espace festif, on ne trouve aucun opiacé. Opiacés et hallucinogènes demeurent encore peu diffusés en dehors de leurs espaces initiaux respectifs.

La plupart des substances « absentes » de l'espace urbain sont majoritairement des stimulants et des hallucinogènes, qui sont en revanche présents dans l'espace festif (en phase de « cercle d'initiés » ou diffusion). Inversement, les substances absentes de l'espace festif, (des médicaments : méthadone, Artane® et sulfates de morphine) sont, quant à elles, présentes dans l'espace urbain (respectivement en phase de diffusion ou en phase descendante).

Alors que deux substances (DMT et *Ice*) sont en phase « cercle d'initiés » dans l'espace festif, aucune ne se trouve dans cette phase dans l'espace urbain.

L'espace festif semble être plus exposé à la diffusion des substances en tout genre. Quinze des 23 substances surveillées sont soit en phase de diffusion (13) soit en phase « cercle d'initiés » (2). Dans l'espace urbain, dix substances seulement se trouvent dans des phases de diffusion.

Enfin sur le plan de la dynamique de diffusion, il existe des substances dont la diffusion se rétrécit dans un espace et s'élargit dans l'autre. C'est le cas de l'héroïne qui est en phase descendante dans l'espace urbain mais en phase de diffusion restreinte dans l'espace festif. A l'inverse, *ecstasy* est en phase plateau dans l'espace festif et se trouve en phase de diffusion restreinte dans l'espace urbain.

### Analogies

Sur les deux espaces, on note la formidable ascension de la cocaïne, laquelle est la seule substance à se trouver en phase de diffusion large dans les deux espaces, et dans une moindre mesure du *crack* dans l'espace urbain

et du *speed* dans l'espace festif, ce qui représente un phénomène nouveau dans le paysage français au regard de la situation qui prévalait quelques années auparavant où les opiacés dominaient presque sans partage.

La configuration qui se dessine laisse présager une évolution vers l'accentuation de pratiques de consommation fondées sur l'usage concomitant de multiples substances : le répertoire des substances disponibles s'élargit en même temps que les besoins et les possibilités de combiner ces substances entre elles.

### Jonction

Les frontières entre les deux espaces semblent devenir de plus en plus perméables. C'est ainsi que des substances qui auparavant n'étaient présentes que dans un espace font leur apparition dans l'autre. Quatre des six substances en phase de diffusion restreinte dans l'espace festif sont des substances consommées essentiellement dans l'espace urbain (*crack*, héroïne, Subutex® et Rohypnol®). Quatre des cinq substances qui se trouvent dans cette même phase de diffusion en espace urbain (*ecstasy*, LSD, kétamine et *speed*) sont consommées essentiellement dans l'espace festif. Ce constat donne des indications claires sur l'influence réciproque et le processus d'interpénétration en cours des nouvelles substances entre les deux espaces.

Ce processus d'interpénétration est en partie favorisé par les vendeurs de cannabis, de cocaïne et d'*ecstasy* qui opèrent sur les deux espaces et par les consommateurs et ex-consommateurs d'héroïne. À ces personnes, il faut ajouter celles dites « errantes », qui vivent aux confins des deux espaces sans faire partie intégrante de l'un ou de l'autre. Ils suivent les grandes festivités musicales et errent le reste du temps dans les grands centres urbains.

Dans l'espace festif, sur les treize substances en phase de diffusion, sept sont des stimulants et hallucinogènes consommés pour leurs effets principaux, mais trois sont des substances opiacées (héroïne, Subutex® et *rachacha*) et deux des benzodiazépines (Rohypnol® et Valium®). Les opiacés et les benzodiazépines sont les principales substances de « régulation » de ces stimulants et hallucinogènes (voir le sous-chapitre consacré aux polyconsommations et à la régulation des consommations). La diffusion des stimulants annonce donc celle des substances de régulation relaxantes. Stimulants et relaxants étant pour ainsi dire inséparables.

## Morbidité et mortalité

---

La France ne dispose que de peu d'indicateurs pérennes sur la morbidité et la mortalité liées à l'usage des substances psychoactives illicites. Ceux-ci émanent principalement de deux sources :

- sur la morbidité, l'enquête dite de « novembre », réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique (DREES) auprès des structures de prise en charge hospitalières et spécialisées en toxicomanie ;
- sur la mortalité, le recensement des cas de décès par surdose donnant lieu à une enquête policière, réalisé par l'Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants (OCRTIS)<sup>4</sup>.

Le dispositif statistique actuel ne prend donc pas en compte l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge sanitaire des usagers de drogues en France. Afin de compléter cette image mais également d'apporter plus de précision sur les pathologies liées à l'usage de produits psychoactifs, deux enquêtes pilote quantitatives ont été réalisées dans le cadre de TREND :

- l'une auprès d'un service d'urgences parisien (sur une durée de deux mois, 115 sujets ont été reçus) ;
- l'autre auprès de 24 médecins généralistes issus de réseaux de prise en charge des usagers de drogues, répartis dans huit des dix sites de TREND (284 patients reçus).

En outre, le personnel des structures de bas seuil du réseau TREND (essentiellement des boutiques et programmes d'échange de seringues) a été interrogé, sur un mode qualitatif, afin de repérer, indépendamment de la fréquence observée de ces cas, les problèmes de santé, en rapport avec chacun des produits.

---

<sup>4</sup> Deux autres sources sont répertoriées mais restent difficiles à exploiter à ce jour, il s'agit de DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) mis en place par les Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et de la base nationale des causes de décès de l'INSERM.

Ces dispositifs pilote étaient conçus pour tester la faisabilité d'un tel recueil ; aussi les conclusions présentées ici demandent-elles à être vérifiées sur un échantillon plus important.

Deux thématiques seront ici abordées :

- la comparaison des caractéristiques des personnes reçues en fonction des quatre modalités de prise en charge à savoir médecins généralistes (TREND), service d'urgences (TREND), centres de soins spécialisés (enquête de novembre 1997) et hôpitaux (enquête de novembre 1997) ;

- la mise en exergue des données de morbidité et de mortalité liées aux stimulants et hallucinogènes, compte tenu du fait que l'ensemble des dispositifs pérennes apportent essentiellement une information sur les problèmes de santé liés à l'usage d'opiacés. Ces deux familles de produits sont en outre classées en phase de diffusion dans le premier chapitre de ce rapport.

## Caractéristiques des usagers reçus en fonction des modalités de prise en charge

### Service d'urgences

Les données de l'enquête pilote<sup>5</sup> menée aux urgences montrent qu'il s'agit de cas aigus, dont près de la moitié ont été amenés par le SMUR, les pompiers et les ambulances. Survenus de jour autant que de nuit, ces problèmes aigus ont conduit à l'hospitalisation des patients dans 25 % des cas.

Les motifs les plus courants des recours étaient des intoxications aux produits (30 %) nécessitant la plupart du temps une simple surveillance, des abcès (11 %) quasi systématiquement liés à l'injection du Subutex®, de la traumatologie (8 %), des problèmes psychiatriques aigus (18 %) de type attaque de panique, agitation, hallucinations, crises d'angoisse ou d'anxiété, des malaises et problèmes médicaux (17 %) liés en particulier au VIH ou à l'hépatite C.

### Médecins généralistes

Le résultat de l'enquête pilote<sup>6</sup> menée auprès des médecins généralistes montre que les patients consultent pour la plupart (69 %) pour la recon-

<sup>5</sup> L'enquête pilote a été réalisée durant les mois d'octobre et novembre 1999 aux urgences de l'hôpital Lariboisière à Paris. Toute personne reçue aux urgences durant cette période et ayant fait usage d'une substance psychoactive illicite ou licite utilisée de façon non médicale (médicaments détournés de leur usage, solvants, etc.) était admise dans l'étude. Un recours lié exclusivement à l'alcool était exclu de l'observation. 115 sujets ont ainsi été inclus.

duction de leur traitement de substitution. Ce motif est exclusif dans la plupart des cas ou accompagné d'un suivi du VIH, de l'hépatite C ou d'un soutien psychologique. Parmi les patients non substitués, 18 % consultent pour une demande de substitution. Neuf pour cent présentent des problèmes psychologiques ou psychiatriques, pour l'essentiel des dépressions, des angoisses et anxiétés, ce qui explique la grande fréquence observée des traitements anxiolytiques ou antidépresseurs.

Le recueil de données auprès des médecins généralistes comportait un volet qualitatif où il leur était demandé d'énumérer les principales pathologies diagnostiquées et les problèmes de santé qu'ils considéraient en recrudescence. Des problèmes locaux liés à l'injection de Subutex® (dont les abcès, nécroses cutanées et lymphangites) ont ainsi été relevés par plus de la moitié des médecins interrogés. Les autres problèmes signalés sont les problèmes psychiatriques (rapportés par un tiers des médecins), en particulier des troubles psychotiques et des dépressions, l'alcoolisme, des problèmes dentaires en général liés à la prise d'héroïne et des infections pulmonaires à répétition.

### Hôpitaux et centres de soins spécialisés

Les dernières données en date dont nous disposons sont celles de l'enquête de « novembre » 1997. Ces données indiquent qu'environ deux tiers des cas reçus sont liés à la dépendance à une substance. Dans un tiers des cas, les patients sont pris en charge pour des problèmes psychiatriques ou médicaux (en particulier en liaison avec le VIH ou l'hépatite C) ou des problèmes sociaux.

### Différences et similitudes selon le mode de prise en charge

Il ressort de la comparaison des quatre modalités de prise en charge des éléments de différence et de similitudes : différences quant à l'aspect chronique ou aigu de la symptomatologie et similitudes quant aux caractéristiques des usages et à la nature de la pathologie motivant la demande de soins :

- les personnes ayant recours aux soins sont majoritairement d'ex-usagers d'héroïne sous substitution ou des usagers d'héroïne non substitués ;

<sup>6</sup> Le recueil a eu lieu durant les mois d'octobre, novembre et décembre 1999 auprès de 24 médecins généralistes appartenant à des réseaux de prise en charge de l'usage de drogues. Tout consultant pour un motif imputable directement ou indirectement à l'usage de drogues [substance illicite ou licite utilisée de façon non médicale (médicaments détournés de leur usage, solvants, etc.)] devait être inclus dans l'étude. Les personnes sous traitement de substitution étaient prises en compte. Un recours lié exclusivement à l'usage d'alcool et/ou de tabac était par contre exclu de l'observation. 284 sujets ont été inclus.

- quelle que soit la modalité de prise en charge, l'âge moyen des patients est d'environ 30 ans dont à peu près un tiers de femmes ;
- les patients sous substitution représentent 88 % des cas de l'enquête pilote auprès des médecins généralistes (sulfates de morphine compris). Ils sont, en 1997, respectivement 57 % et 40 % dans les centres de soins et les hôpitaux. Dans l'enquête pilote menée dans le service d'urgences parisien, 55 % des patients admis déclarent utiliser du Subutex® ou de la méthadone. A noter dans ces deux enquêtes, quelques cas de demande de traitement de substitution ou de sevrage de la part de consommateurs de Néocodion® ;
- de manière générale, les usagers sous méthadone, bien moins nombreux que ceux sous Subutex®, sont aussi d'un âge moyen plus élevé ;

**Tableau 7 : Caractéristiques des patients faisant appel aux quatre modalités de prise en charge**

	TREND		Enquête de « novembre » (1997)	
	Urgences	Médecins généralistes	Centres spécialisés	Hôpitaux
Nombre de patients	115	284	15 276	8 122
% de femmes	32	23	23	
Age moyen en années	32	33	30	30
% d'injecteurs actuels	35	11	17	13
% d'utilisateurs de Subutex®	43	70	31	27
% d'utilisateurs de méthadone	12	13	21	9
Consommation actuelle (%) de				
héroïne	18	12	22	19
cocaïne	20	8	7	6
cannabis	15	24	24	28
ecstasy	6	2	1	2
alcool	10	13	13	17

Sources : DREES, enquête de « novembre » et OFDT - TREND

- quelle que soit la modalité de prise en charge, les patients consommant exclusivement du cannabis sont proportionnellement plus rares. Ceux-ci sont plus jeunes et présentent plus fréquemment des problèmes d'ordre

psychiatrique, ce qui n'implique en aucun cas un lien de causalité entre les pathologies psychiatriques et l'usage de ce produit ;

- quelle que soit la modalité de prise en charge, le Rohypnol® est, de loin, la benzodiazépine la plus consommée. À noter aussi l'usage d'Artane® pour ses propriétés hallucinogènes.

## Morbidité et mortalité liées aux stimulants et hallucinogènes

### Morbidité liée aux stimulants et hallucinogènes

Les consommations d'ecstasy, d'amphétamines et d'hallucinogènes en général sont rarement à l'origine de la demande de soins. Il semble à l'inverse que la consommation de cocaïne amène les usagers à consulter. Cette hypothèse doit être confirmée sur un échantillon plus important. Elle est ici étayée par les éléments suivants :

**Ecstasy, LSD et amphétamines** : durant l'enquête pilote aux urgences, 5 patients se sont présentés pour un motif lié à une prise d'ecstasy. Il s'agissait de malaises sans gravité et d'un cas grave associant hépatite aiguë, spasme bronchique, insuffisance rénale et lyse (destruction cellulaire) musculaire chez une personne consommant par ailleurs de nombreux médicaments. Aucun recours pour des problèmes liés à l'ecstasy n'a par contre été relevé au cours de l'enquête test auprès des médecins généralistes.

Les données de la DREES de 1997 fournies par les centres spécialisés et les hôpitaux montrent, lorsqu'on comptabilise le premier et le deuxième produit à l'origine du recours, que 2 % des demandes de soins sont liées à l'ecstasy, 1 % aux amphétamines et 1 % au LSD. Les motifs précis de ces recours ne sont pas connus.

**Cocaïne et crack** : dans l'enquête test « urgences », la cocaïne est le motif du recours de 14 cas (soit 13 % de l'échantillon). Il s'agit de demandes de seringues, de cas d'intoxication au produit, ou de problèmes psychiatriques. Deux personnes ont consulté pour un motif lié à l'usage de crack dont une pour un problème psychiatrique et l'autre pour un spasme coronaire.

Aucun recours pour prise en charge spécifique de problèmes liés au crack ou à la cocaïne n'a été relevé par l'enquête test « généralistes », mais en termes de repérage des pathologies émergentes, une insuffisance respiratoire liée à la consommation de crack a été rapportée par l'un des médecins ayant participé à l'enquête.

Les données de la DREES en 1997 montrent 2 % de recours aux soins liés au *crack* et 13 % liés à la cocaïne.

Le service d'urgences dans lequel s'est déroulée l'enquête pilote se situait à proximité de lieux de consommation de *crack* à Paris, ce qui explique l'effectif relativement important d'usagers de *crack* accueillis (9 % de l'échantillon). Par ailleurs, dans l'enquête test « généralistes », la consommation de *crack* n'était déclarée que par la clientèle des médecins généralistes parisiens. Notons enfin que parmi les 13 usagers de *crack* identifiés dans les deux enquêtes, 10 prenaient un produit de substitution aux opiacés.

Le recueil qualitatif auprès des **structures de bas seuil** participant au réseau TREND montre par ailleurs que la cocaïne et certains de ses effets indésirables sont connus et ont été rencontrés par l'ensemble des structures. Par contre, en dehors des structures de bas seuil qui se sont investies dans la prévention en milieu festif, les problèmes liés au LSD et à l'*ecstasy* sont peu rencontrés par les boutiques et les programmes d'échange de seringues. À Paris notamment, dans le département de la Seine-Saint-Denis, à Lille et à Rennes, le personnel de ces structures dit avoir été confronté à certains problèmes liés au *crack*.

### Mortalité liée aux stimulants et hallucinogènes

Seuls les cas de décès recensés à l'échelle nationale par l'OCRTIS sont rapportés ici. La part des décès liés à l'usage des opiacés reste majoritaire. Néanmoins, parmi les cas de décès recensés en 1999 par cet organisme, 16 cas (voir tableau 8) liés à l'usage de cocaïne, de *crack* ou de drogues de synthèse en général ont été identifiés. Ces données sont préliminaires et seront confirmées puis publiées dans le prochain rapport de l'OCRTIS. Notons que les résultats des analyses toxicologiques ne sont pas systématiquement connus.

Ces données montrent que seuls quatre décès ne mettent en cause qu'un seul produit, la cocaïne, et que, dans tous les autres cas, plusieurs produits avaient été consommés par la personne.

Cette polyconsommation rend difficile la détermination de la cause du décès puisqu'elle doit prendre en compte la part de toxicité propre à chacun des produits et celle de la toxicité due à l'interaction entre ces produits.

Au cours de l'année précédente, le même organisme a recensé 9 cas de décès liés à la cocaïne et aucun cas impliquant un produit de synthèse.

**Tableau 8 : Répartition de cas de décès liés aux stimulants et hallucinogènes identifiés par l'OCRTIS en 1999**

Substances identifiées	Nombre de cas
<b>Décès avec présence de cocaïne ou de <i>crack</i> : (13)</b>	
cocaïne seule	4
cocaïne et héroïne	2
cocaïne et héroïne et alcool	1
cocaïne et héroïne et cannabis et morphine et tranquillisants	1
cocaïne et cannabis et méthadone	1
cocaïne et médicaments (anxiolytiques, antidépresseurs et Viagra®)	1
<i>crack</i> et Skénan®	1
<b>Décès avec présence de cocaïne +<i>ecstasy</i></b>	
cocaïne et héroïne et cannabis et <i>ecstasy</i>	1
cocaïne et <i>ecstasy</i> et alcool	1
<b>Autres décès avec présence d'<i>ecstasy</i> ou d'autres produits de synthèse (3)</b>	
<i>ecstasy</i> et héroïne et alcool	1
<i>ecstasy</i> et L.S.D. et kétamine	1
4-MTA (4-méthylthioamphétamine) et mescaline (cas confirmé par la toxicologie)	1
<b>Total pour l'ensemble des substances</b>	<b>16</b>

Source : OCRTIS

### Conclusion

Compte tenu de la modicité des effectifs d'usagers de drogues observés ici, l'interprétation des données recueillies demeure délicate. Certains éléments saillants apparaissent néanmoins dans ce chapitre.

**Les usagers de drogues sous substitution** représentent aujourd'hui, indépendamment de la modalité de prise en charge, la quasi-totalité de la « clientèle » des structures de soins. S'il est incontestable que la

substitution améliore la prise en charge de ces patients et que la chute du nombre d'overdoses mortelles est liée à l'émergence de ces traitements, les effets secondaires de l'injection du Subutex® sont visibles et problématiques.

**La consommation de cocaïne** semble en passe de devenir un responsable non négligeable de problèmes de santé puisque plus de 10 % des recours dans les données de la DREES en 1997 et ici aux urgences sont en relation avec l'usage de cette substance et que les structures de bas seuil semblent déjà avoir rencontré des problèmes qui lui sont liés. La cocaïne avait également été consommée par 13 personnes décédées en 1999 (source OCRTIS).

**Les consommations d'ecstasy, de LSD et d'amphétamines** semblent aujourd'hui peu visibles en termes de problèmes sanitaires. Le dispositif complémentaire testé ici et réalisé à plus grande échelle pourrait permettre de confirmer ou d'infirmer cette observation. Les causes d'un éventuel recours aux soins lié à ces substances devraient aussi pouvoir être mieux connues.

**La polyconsommation** est très répandue parmi les usagers faisant appel aux quatre modalités de prise en charge susmentionnées. Elle complique et rend d'autant plus difficiles le diagnostic et la prise en charge des patients.

## Analyse des données collectées dans la base SINTES (1999)

---

Les données analysées dans ce chapitre sont issues de la banque de données SINTES, produit du regroupement de quatre bases de données. Elle contient la description physique et chimique des **échantillons de substances synthétiques saisis** par les services répressifs et analysés par les laboratoires de police scientifique, des douanes et de l'IRCGN (gendarmerie nationale) ou **collectés** dans divers milieux (milieux festifs, soirées privées, établissements de nuit), **selon les procédures strictes définies dans le protocole SINTES** (annexé au plan triennal 1999-2001 de la lutte contre la drogue et de prévention des dépendances), par des acteurs de prévention ou de soins, et analysés par deux laboratoires de toxicologie hospitaliers (Hôpital Fernand-Widal à Paris et Salvator à Marseille). Les partenaires proches des usagers dans une démarche de soins ou de prévention recueillent également des données épidémiologiques relatives aux contextes de consommation ainsi qu'au profil des consommateurs des échantillons collectés.

L'ensemble de ces données ne reflètent sans doute que partiellement la réalité de la consommation des substances de synthèse en France. La représentativité de l'ensemble des substances analysées est en effet difficile à appréhender étant donné le caractère illicite de ces consommations. Cette base a cependant l'avantage de regrouper une grande partie des données recueillies de manière systématique à l'échelle nationale par les structures proches du terrain, qu'elles appartiennent au système répressif ou au système sociosanitaire.

Dans un premier temps, la base sera décrite dans son ensemble, puis seront détaillées les données relatives aux substances les plus fréquemment retrouvées dans les analyses toxicologiques à savoir, par ordre d'importance, la MDMA, les amphétamines et les médicaments. Les autres substances identifiées seront enfin passées en revue.

## L'ensemble des substances identifiées

Pour l'année 1999, la base SINTES regroupe les résultats d'analyse de **433 échantillons**.

Le projet est mis en place depuis septembre 1999 et il est prévu, passée la période de mise en place et d'ajustement de la collecte, que le nombre d'échantillons collectés par les partenaires sociosanitaires s'élève à 70 par mois soit 840 par an. Pour le moment, la contribution de ces partenaires reste modeste. Ainsi, sur les 433 échantillons, 261 (60 %) proviennent de saisies douanières ; 90 (21 %) de saisies policières ; et 82 (19 %) ont été collectés par les partenaires sociosanitaires.

L'énumération des substances retrouvées par les analyses toxicologiques, présentée dans le tableau 9, révèle la présence d'une quantité majoritaire de dérivés des amphétamines et autres stimulants, les substances médicamenteuses venant en deuxième position<sup>7</sup>.

**Tableau 9 : Substances retrouvées dans les analyses en 1999**

Substances retrouvées*	Nombre d'échantillons	%
<b>Stimulants</b>		
MDMA	207	48
Amphétamines	62	14
Ephédrine	14	3
Caféine	68	16
Autres stimulants	21	5
<b>Substances médicamenteuses</b>		
Anesthésiques	9	2
Autres substances retrouvées dans les médicaments	30	7
Hallucinogènes (LSD, psilocine ou psilocybine)	16	4
Absence de substance active**	60	14
Autres ***	19	4

Source : OFDT - SINTES

\* les substances de cette colonne peuvent se retrouver dans un même échantillon.

\*\* recouvre aussi des acides gras et des sucres.

\*\*\* cette rubrique contient notamment des anabolisants et des intermédiaires de synthèse.

<sup>7</sup>Le terme de « substance médicamenteuse » a été préféré à celui de « médicament » parce que les données d'analyses toxicologiques des laboratoires répressifs ne nous permettent pas de savoir si les substances identifiées sont contenues dans des médicaments ou non. Les substances sont ainsi nommées car elles sont par ailleurs connues comme entrant dans la composition de certains médicaments.

## Substances les plus fréquemment identifiées par l'analyse toxicologique

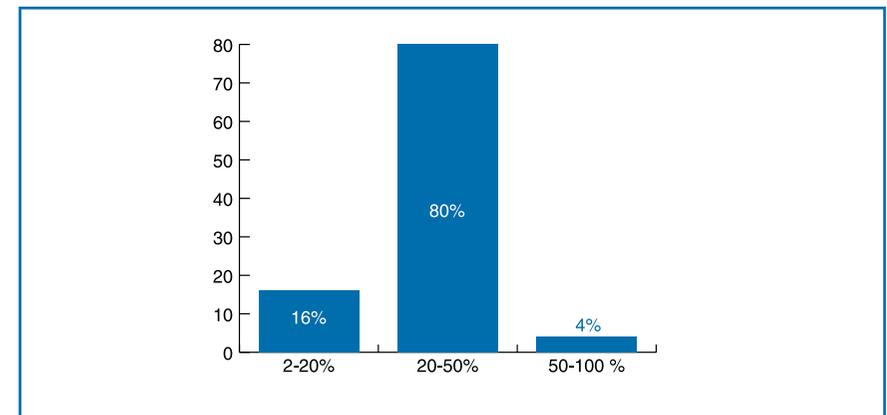
### La MDMA

La MDMA<sup>8</sup> est la substance la plus fréquemment identifiée dans la base SINTES puisque 207 échantillons sur 433 en contiennent. Parmi les 199 échantillons décrits, la majorité (89 %) sont sous forme de comprimé, 7 % sont sous forme de gélule et 5 % sous forme de poudre.

La MDMA est l'unique substance stimulante identifiée par l'analyse toxicologique dans 83 % de ces 207 échantillons. Accompagnant la MDMA, les autres substances actives également identifiées dans ces échantillons sont par ordre décroissant : les amphétamines (7 %), la caféine (6 %), l'éphédrine<sup>9</sup> (2 %), la MDEA<sup>10</sup> (3 échantillons), le MBDB<sup>11</sup> et la méthamphétamine<sup>12</sup> dans respectivement un échantillon et enfin du paracétamol<sup>13</sup> dans une gélule et une poudre. Des sucres, acides gras, du talc ou des intermédiaires de synthèse sont aussi très souvent retrouvés par l'analyse.

Parmi les 207 échantillons contenant de la MDMA, 134 ont été dosés. La figure 7 illustre le pourcentage de MDMA contenu dans ces échantillons<sup>14</sup>.

**Figure 7 : Répartition des échantillons contenant de la MDMA selon le % de MDMA dosé (N=134)**



Source : OFDT - SINTES

<sup>8</sup> 3,4-méthylènedioxyamphétamine est obtenue par une modification de la molécule d'amphétamine.

<sup>9</sup> Tonique excitant.

<sup>10</sup> Le Méthylènedioxyéthamphétamine est un produit obtenu par modification de la molécule d'amphétamine.

<sup>11</sup> Le Méthylbenzodioxazolylbutanamine est un produit obtenu par modification de la molécule d'amphétamine.

<sup>12</sup> Substance de type amphétaminique plus facile à fabriquer que l'amphétamine.

<sup>13</sup> Substance antalgique contenue dans certains médicaments.

<sup>14</sup> Les pourcentages inférieurs à 2 % ont été éliminés car à ces faibles taux, la présence du produit n'est pas toujours notée.

La quantité de MDMA contenue dans ces échantillons est au maximum de 126 mg pour une moyenne de 72 mg. D'après l'expertise des Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance, la plus petite dose létale observée dans la littérature est de 150 mg en association à de l'alcool, ce qui correspond à environ deux comprimés de dosage moyen. Cette dose minimum létale observée ne constitue pas un seuil absolu de létalité, elle signifie que cette substance a provoqué, à cette dose, dans au moins un cas, un décès.

Le premier chapitre aborde le problème des substances vendues comme *ecstasy* et n'en contenant pas et de la probable méfiance et désaffection des usagers qui en résulte. Il faut donc **différencier la substance MDMA identifiée par l'analyse toxicologique et les substances consommées sous l'appellation *ecstasy***. Sous ce nom, les usagers pensent trouver de la MDMA, mais qu'en est-il ?

Grâce à la collecte d'éléments de contexte effectuée par les partenaires sociosanitaires, certaines informations concernant les appellations et contenus supposés des substances vendues sont disponibles. **L'analyse qui suit est donc réalisée à partir des échantillons que les usagers considèrent (contenu supposé) comme étant de l'*ecstasy* ou de la MDMA.** Les résultats suivants sont relatifs aux **55 échantillons** qui répondent à ces critères :

- ce sont, dans une large majorité, des comprimés (87 %), deux se présentent aussi sous forme de poudre et deux sous forme de gélules ;
- le contenu, après analyse toxicologique, est bien de la MDMA dans 39 échantillons (71 %), des médicaments dans 9 échantillons (16 %), des amphétamines dans 4 échantillons et de la MDA<sup>15</sup> dans 3 échantillons ;
- 64 % sont considérés comme disponibles ou très disponibles sur les lieux de collecte ;
- les prix s'étalent de 50 à 200 F, le prix le plus courant étant de 100 F (76 % des échantillons).

D'autres éléments apportent également un éclairage intéressant en matière de représentation et d'usage de l'*ecstasy* :

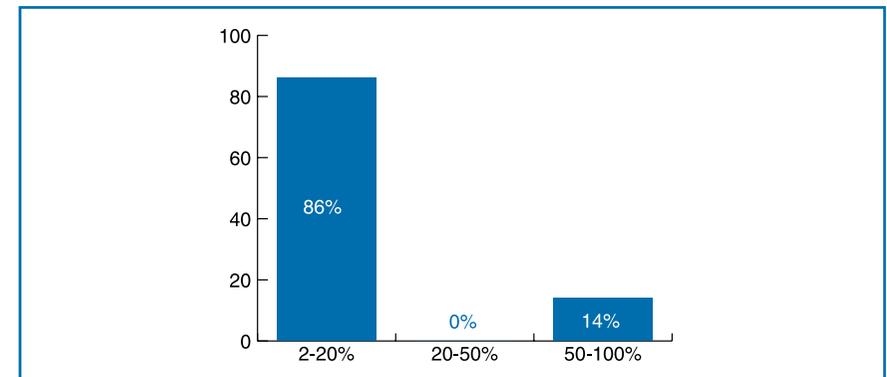
- les effets recherchés sont « l'apaisement, le bonheur, la sensualité, le bien-être, la danse, la stimulation, la dynamique et le speed » ;
- la voie d'administration utilisée est toujours la voie orale. A l'exception toutefois d'une personne qui déclarait sniffer la substance, laquelle se présentait sous forme de poudre et s'est avérée, après analyse toxicologique, contenir de la MDMA.

<sup>15</sup>Obtenue, comme la MDMA, par modification de l'amphétamine.

## Les amphétamines

L'amphétamine est la deuxième substance active la plus fréquemment retrouvée par l'analyse toxicologique (62 échantillons). L'aspect physique des échantillons le plus courant est la gélule (45 % des échantillons), viennent ensuite les comprimés (27 %) et les poudres (21 %). Dans 29 % des échantillons, l'amphétamine est la seule substance psychoactive retrouvée. D'autres substances actives accompagnent parfois l'amphétamine, ce sont : la MDMA (24 %), la caféine (50 %) et la MDA, le DOB<sup>16</sup>, la kétamine<sup>17</sup>, la yohimbine<sup>18</sup> et le sécobarbital<sup>19</sup> retrouvés respectivement dans un échantillon. Les acides gras, sucres, vitamines et intermédiaires de synthèse sont également fréquemment identifiés parmi les constituants de ces échantillons. Parmi les 62 échantillons, 36 ont été dosés. La figure ci-dessous illustre le pourcentage d'amphétamine contenu dans ces échantillons<sup>20</sup>.

**Figure 8 : Répartition des échantillons contenant des amphétamines selon le % d'amphétamines dosé (N=36)**



Source : OFDT - SINTES

La quantité d'amphétamine contenue dans les échantillons est au maximum de 46 mg pour une moyenne de 22 mg. D'après l'expertise des Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance, la plus petite dose létale observée dans la littérature est de 1,5 mg par kg soit 90 mg pour une personne pesant 60 kg, ce qui correspond à 4 gélules ou comprimés de dosage moyen.

<sup>16</sup> Hallucinogène de synthèse.

<sup>17</sup> Substance anesthésique.

<sup>18</sup> Elle a de légers effets aphrodisiaques, augmente la pression artérielle et la fréquence cardiaque et peut entraîner une légère euphorie, et quelques hallucinations.

<sup>19</sup> Barbiturique d'action rapide.

<sup>20</sup> Les pourcentages inférieurs à 2 % ont été éliminés car à ces faibles taux, la présence du produit n'est pas toujours notée.

Le nombre d'**échantillons considérés comme étant de l'amphétamine ou du speed** par les usagers est trop restreint pour permettre une description des substances vendues sous cette appellation. Parmi ceux-ci cependant, un échantillon, appelé *speed* était considéré comme de la poudre destinée à être fumée et contenait de la MDMA.

### Les médicaments

Seuls les médicaments analysés dans les échantillons fournis par les partenaires socio-sanitaires sont pris en compte ici. En effet, dans le cadre de saisies par les services répressifs, nous n'avons pas d'information relative au contexte d'usage. En l'absence de données de contexte, il n'est pas possible de repérer les médicaments vendus sous des appellations de substances récréatives (ex. : *ecstasy*, *speed*, etc.) ou utilisés de façon détournée pour certains de leurs effets.

**12 échantillons** (15 % des échantillons collectés par les partenaires sociosanitaires) **contenaient des substances médicamenteuses et étaient vendus sous le nom d'*ecstasy*, *speed* ou celui de leur logos.**

Les classes thérapeutiques représentées sont :

- les anti-inflammatoires parmi lesquels cinq échantillons contiennent un corticoïde de synthèse susceptible d'entraîner une euphorie et une stimulation ;
- les antipaludéens de synthèse, qui ont un goût amer et peuvent produire des sensations de vertige, une excitation, voire des hallucinations. Ils ont par ailleurs une toxicité cardiaque immédiate importante en cas de surdosage ;
- un antalgique et un vasodilatateur ont également été identifiés.

Par ailleurs, de la yohimbine a été trouvée à plusieurs reprises. Cette substance prodigue de légers effets aphrodisiaques, augmente la pression artérielle et la fréquence cardiaque et peut entraîner une légère euphorie et quelques hallucinations.

**5 échantillons contenaient des anesthésiques.** Cette classe thérapeutique est différenciée des précédentes car les substances anesthésiques sont **consommées non en tant qu'*ecstasy* mais sous des noms qui leur sont propres et pour leurs effets intrinsèques.** Ces substances regroupent :

- le GHB, retrouvé seul dans deux échantillons se présentant sous l'aspect, pour le premier, d'un liquide jaune orangé et, pour le second, d'un liquide incolore ;
- le 1,4 butanediol, précurseur du GHB, qui se transforme dans le corps

humain en GHB et produit ainsi les mêmes effets, retrouvé dans un échantillon associé au GHB ;

- la kétamine, retrouvée dans deux comprimés associée à des amphétamines.

Certaines de ces substances sont vendues pour de l'*ecstasy* alors que d'autres sont sciemment utilisées pour leurs propriétés, c'est le cas notamment des substances anesthésiques.

Les médicaments les plus fréquemment retrouvés parmi les substances vendues comme *ecstasy* ont souvent, outre leurs effets thérapeutiques, des effets stimulants ou hallucinogènes qui peuvent peut-être expliquer leur présence dans ce contexte.

### **Autres substances psychoactives non médicamenteuses retrouvées**

Mis à part le **MBDB** déjà cité plus haut, d'autres dérivés amphétaminiques ont également été identifiés :

- la **MDA** dans quatre échantillons d'apparence variable mais voisine de celle des échantillons de MDMA. Ces échantillons étaient considérés comme étant de l'*ecstasy* par les usagers et comme « disponibles » en milieu festif. L'un de ces échantillons associe MDA et amphétamine ;
- les **méthamphétamines** dans quatre échantillons très hétéroclites par leur aspect puisque l'un est sous forme de comprimé, l'un sous forme de cristal incolore et les deux autres sous forme de poudre. L'échantillon pour lequel nous avons des données de contexte a été collecté en soirée privée, il est appelé « glass » et se présente sous forme de poudre. Il était considéré comme rare sur le lieu de collecte. La substance était destinée à être sniffée et coûtait 200 F ;
- le **MDEA** associé à la MDMA dans 3 comprimés d'apparence différente ;
- le **DOB**<sup>21</sup> associé à de l'amphétamine dans un comprimé. Le contenu supposé par l'utilisateur était du 2C-B<sup>22</sup>. Il était vendu 100 F ;

<sup>21</sup> 2,5-Diméthoxy-4-bromoamphétamine dont les propriétés hallucinogènes et sympathomimétiques, sont similaires à celles du LSD mais dont les effets durent plus longtemps.

<sup>22</sup> 4-bromo-2,5-diméthoxyphénéthylamine dont les propriétés se rapprochent à la fois de celles de la MDMA et de celles du LSD.

- un psychostimulant retiré du marché : la **pémoline** dans un comprimé ;
- une substance utilisée en général pour renforcer l'effet stimulant d'autres substances, la **phénylpropanolamine ou noréphédrine**, dans une gélule ;
- et enfin trois anorexigènes psychostimulants : la **phentermine**, l'**amfépramone** et la **benzphétamine**.

Par ailleurs, du **LSD**, seul, contenu dans treize buvards a également été analysé. Les effets recherchés étaient le « trip » et les délires visuels ou auditifs. Ces buvards étaient considérés comme disponibles dans les lieux de collecte. Leurs prix s'évaluaient de 50 à 100 F l'unité.

Un échantillon de poppers enfin, sous forme liquide, a été collecté dans un établissement de nuit. Vendu pour 50 F, l'effet recherché était « sexuel ». La substance identifiée dans l'échantillon est du nitrite de propyle.

La grande diversité des substances circulant ainsi que celle des associations au sein d'un même échantillon est ici apparente. Afin d'estimer la fréquence de ces associations, la composition des 306 échantillons restant après élimination de ceux correspondant aux rubriques « substances médicamenteuses », « autres » et « absence de substances » du tableau 9 en début de ce chapitre a été examinée. **Il apparaît ainsi que 24 % des échantillons contiennent deux ou trois substances actives**, le reste n'en contenant qu'une seule.

### Conclusion

L'analyse des données de la base SINTES montre que :

- **la MDMA et les amphétamines** font sans doute partie des substances de synthèse les plus consommées en 1999.
- Hormis ces deux substances, les **substances psychoactives** énumérées ici sont **très diverses** et n'ont souvent été retrouvées par l'analyse que très ponctuellement. Rien ne permet de dire cependant que ces substances rares dans la base SINTES sont peu consommées. La seule connaissance de l'existence de l'usage de ces substances doit conduire à une évaluation rapide de leur toxicité éventuelle.
- Une part importante de la toxicité immédiate des substances circulant revient aux **médicaments présents à l'insu de l'utilisateur**, lequel, déçu par les effets, risque d'en multiplier les prises.
- **Les échantillons composites** apparaissent également fréquents ; or certaines des substances présentes dans les associations sont consommées de façon non intentionnelle alors qu'elles impliquent des interactions pharmacologiques potentiellement dangereuses.

## Thèmes particuliers

### Les consommations transfrontalières

Dans les régions situées aux confins du territoire français, les consommations dites transfrontalières constituent une caractéristique importante de l'usage des substances psychoactives, les consommateurs disposant d'une offre de proximité en général beaucoup plus large que ce soit en termes d'éventail des produits proposés, de qualité de ceux-ci, voire de prix.

Nous avons utilisé pour ce chapitre des informations nous parvenant de **quatre zones géographiques d'observation** : deux zones situées aux deux extrémités sud du territoire français correspondant aux départements des **Alpes-Maritimes** et des **Pyrénées-Atlantiques**, lesquels jouxtent respectivement l'Italie et l'Espagne ; une zone correspondant à la région du **Nord-Pas-de-Calais** à proximité de la Belgique ; et enfin une zone située à l'est de la France, la **Meurthe-et-Moselle**, proche à la fois de la Belgique, du Luxembourg et de l'Allemagne.

Pour ce chapitre, et à l'instar de la grille d'analyse qui a été choisie pour l'analyse de la diffusion des produits psychoactifs, deux types de consommation seront ici distingués : les consommations dites festives essentiellement dans le milieu des établissements de nuit et de la techno et les usages dits urbains.

### Les consommations transfrontalières dites festives

#### Le contexte

Deux zones en France se caractérisent notamment par une consommation transfrontalière de substances attachées à la fréquentation du milieu des raves et de la musique techno : le **Sud-Ouest** et le **Nord**. Ces deux zones se situent en effet à proximité de l'Espagne, de la Belgique et surtout de la Hollande qui ont joué un rôle majeur comme base de diffusion dans l'espace européen des drogues de synthèse.

Dans les deux zones, l'émergence d'une consommation transfrontalière de substances de synthèse date du début des années 90 notamment en direction de l'Espagne et de la Hollande. Les passages d'un pays à l'autre se font tout naturellement, se greffant sur des traditions bien enracinées d'échange et de communication transfrontalières. Ainsi, dans le sud-ouest de la France, notamment dans le Pays basque, le passage en Espagne à des fins festives, lors des week-end, est une pratique courante, il en va de même pour le nord de la France avec la Belgique.

### Motivations des déplacements transfrontaliers

#### Lieux de fête plus attractifs

La première motivation qui guide les grands déplacements observés à chaque fin de semaine dans le nord et le sud-ouest de la France est la recherche de lieux adéquats pour faire la fête. L'Espagne comme la Belgique, du fait d'une tradition plus ancienne, dispose de lieux spécifiques dédiés à la musique techno et susceptibles d'accueillir des rassemblements d'une ampleur numérique importante (plusieurs milliers de personnes), rassemblements dans lesquels la population française peut représenter une proportion très importante des participants.

Autre motivation importante du passage de la frontière, le prix d'entrée dans les établissements de nuit, lequel est souvent bien inférieur à celui en vigueur en France. En Espagne, en moyenne, le prix d'entrée accompagné d'une consommation s'élève à environ 75 F et le prix du transport ne constitue pas un phénomène dissuasif. D'une part parce que les distances sont courtes (30 à 40 km), d'autre part parce que les organisateurs de soirées techno mettent à disposition des personnes des navettes de bus gratuites. Il en va de même en Belgique où les établissements de nuit très fréquentés par les jeunes de la région Lille-Tourcoing pratiquent des prix d'entrée très bas (50 F environ) et offrent des boissons alcoolisées et des « smart drinks » pour des sommes relativement modiques.

#### Une meilleure disponibilité et accessibilité des produits

En termes de disponibilité des produits de synthèse, il n'y a pas de différences majeures entre la France et ses voisins du Nord et du Sud. En revanche, il semble que l'accessibilité diffère selon les zones géographiques. Ainsi, en Espagne, les amphétamines seraient beaucoup plus abondantes dans les établissements de nuit (et en général) tandis que l'*ecstasy* serait plus difficile d'accès.

### Des prix en général plus bas

A disponibilité égale entre les différents pays, les facteurs qui vont inciter les usagers à délaisser le marché intérieur sont essentiellement le prix et la qualité du produit. Pour les produits tels l'*ecstasy*, les acides et la cocaïne, des pays comme l'Espagne, la Belgique ou la Hollande offrent des tarifs nettement compétitifs par rapport à ceux en vigueur dans l'Hexagone.

Tableau 10 : Les prix en vigueur selon les différents pays

	LSD buvard	Ecstasy (1 cachet)	Cocaïne(1g)
France	50 FF	100 FF	400/500 FF
Belgique	15 FF	30 FF	250/300 FF
Espagne	NR	40 FF	200 FF
Italie	NR	150/200 FF	NR

NR : non renseigné

Source : OFDT - TREND

### Une meilleure qualité des produits

Sur la qualité des produits qui circulent, nous ne disposons que de peu de données. En général, les observateurs rapportent que concernant des produits comme l'*ecstasy* et le LSD la qualité est meilleure en Belgique et en Hollande.

En Italie, dont les grandes villes du Nord comme Bologne et Gênes sont le théâtre de grands rassemblements techno, lesquels attirent toute une population de jeunes de la région niçoise, le cachet d'*ecstasy* serait d'une qualité bien supérieure à celle qui a cours en France et même si le prix de détail du cachet s'avère en moyenne deux fois à deux fois et demi plus cher, la qualité suffit à motiver le voyage en Italie.

### Problèmes posés

Parmi les risques importants auxquels s'exposent les usagers des drogues qui se rendent en Espagne, en Hollande ou en Belgique celui de l'accident de la circulation est notable. Il semble que la plupart des ravers du Pays basque qui se déplacent en Espagne en fin de semaine le font en voiture. L'écrasante majorité des usagers consommant les produits sur place, les risques liés aux effets des substances consommées et à la fatigue engendrée par le rythme des soirées sont majorés lors du retour en France.

## Les consommations transfrontalières dites urbaines

Ce type de consommation concerne essentiellement des produits comme l'héroïne et la cocaïne et une population marginalisée, laquelle fréquente les centres de soins spécialisés. Autre spécificité par rapport à l'espace festif, le passage des frontières a fréquemment pour objet le petit trafic et la consommation sur place. En outre, l'importance de la consommation de médicaments est réelle dans la mesure où la présence de tel ou tel médicament varie en fonction des pays, ce qui offre un espace aux échanges transfrontaliers entre usagers de différents pays.

### Motivations de la consommation transfrontalière urbaine

#### Qualité et prix des substances

Pour l'héroïne, il est avéré que la qualité du produit est largement en baisse en France (voir premier chapitre) et que l'accessibilité du produit est problématique du fait de son confinement dans l'espace privé.

En Hollande et en Belgique, en revanche, l'héroïne est largement disponible et accessible, d'une qualité meilleure et d'un prix plus accessible (200/250 francs le gramme contre 400/450 francs le gramme d'héroïne marron et 750 pour la blanche).

Dans le sud-est de la France, à la frontière italienne, il existe depuis trois ans environ, une consommation transfrontalière d'héroïne ainsi qu'un trafic dans le sens Italie/France d'une héroïne marron se négociant autour de 300 francs le gramme.

La cocaïne est désormais très présente dans la consommation des usagers les plus marginalisés. Celle-ci est donc devenue un objet de trafic et de consommations transfrontaliers. La cocaïne s'avérant de plus en plus disponible et de plus en plus facile d'accès la motivation de la consommation transfrontalière est essentiellement liée au prix du produit dont il apparaît qu'il est moins élevé en Hollande, en Belgique et en Espagne (voir tableau 10).

En revanche, contrairement aux produits illicites évoqués précédemment, les médicaments, en l'occurrence les benzodiazépines, font l'objet d'une consommation de la part d'usagers étrangers attirés probablement par une offre qui est plus riche en France que dans les autres pays européens. Quand les médicaments ne sont pas consommés sur place, ceux-ci peuvent faire l'objet de troc. Ainsi, le Rohypnol®, recherché par les usagers allemands, est échangé contre de la cocaïne (*idem* en Espagne, mais le médicament en question n'a pas été spécifié).

Il existe par ailleurs au Luxembourg un marché noir de méthadone en cachet, intégré à l'offre thérapeutique propre à ce pays, dont les clients sont les usagers français. Dans le sud-est de la France, à l'inverse, une consommation hors du cadre thérapeutique de Néocodion® et de Subutex® par des usagers originaires d'Italie est rapportée.

### Conclusion

En matière de consommations transfrontalières, **deux types d'usage** peuvent être distingués. Un usage à des fins festives, qui concerne principalement les produits de synthèse (*ecstasy*, amphétamines, acides) et la cocaïne, et un usage qui relève des pratiques propres à l'espace urbain où l'héroïne, la cocaïne et le marché parallèle de médicaments prédominent.

**Les caractéristiques de ces consommations** que ce soit en termes de profil des usagers, de produits consommés et de modes d'administration sont similaires de part et d'autre de la frontière. On constate en effet l'attrait croissant des drogues de synthèse qui poussent des dizaines de milliers de jeunes à chaque fin de semaine vers l'Espagne ou la Belgique et le développement de la cocaïne dans le milieu des usagers les plus marginalisés, cocaïne qui fait l'objet d'une consommation transfrontalière de plus en plus massive.

En termes de **problèmes de santé et de risques** pour les usagers, outre ceux liés à la consommation des substances, les risques induits par les déplacements routiers sont à souligner.

Au final, il est remarquable qu'à l'exception de la consommation des benzodiazépines, **les passages dans le sens étranger/France** sont rarissimes, que ce soit dans l'espace festif ou l'espace urbain, cette situation s'expliquant par une qualité générale des produits et des prix peu attractifs.

## Polyconsommation et régulation de la consommation

---

Dans le cadre du dispositif TREND, une quarantaine d'associations différentes de substances psychoactives ont été recensées par les observateurs sentinelles partenaires du dispositif (tableau 11).

Dans un souci de clarté, ces associations sont sommairement décrites et classées selon leur finalité respective. Celles-ci ont ensuite été regroupées selon quatre « fonctions » classificatrices : maximalisation des effets ; équilibrage des effets ; contrôle des effets négatifs ; et enfin une fonction de « recharge ».

À la notion de polyconsommation, communément admise, mais pas suffisamment précise, pour décrire ces comportements de consommation, le concept de régulation a été préféré et est défini comme « toute modalité d'usage combiné de deux ou plusieurs substances psychoactives, consciemment pratiquée par un consommateur dans le but de modifier les effets d'une ou plusieurs substances déjà consommées ou à consommer. Cet usage peut être concomitant ou différé dans le temps de quelques minutes à plusieurs heures, dans une unité temporelle n'excédant pas, en tous cas, la somme des durées d'effets spécifiques de chacune des substances consommées ».

### Les différentes finalités recherchées par les usagers

À partir de l'étude des différentes associations de substances psychoactives, 11 finalités ont été répertoriées :

**1 - L'accélération et l'amplification de la montée** (prise concomitante) par l'association simultanée de deux substances. La seconde substance étant sensée accélérer l'émergence des effets de la première dans un délai plus bref que si elle était consommée seule. C'est le cas par exemple du protoxyde d'azote avec l'ecstasy ou le LSD.

**2 - La potentialisation des effets** (prise concomitante) par l'association de deux substances, dont la seconde amplifiera, de façon cumulative, par

ses effets ceux de la première. Ainsi, l'alcool ou les benzodiazépines pris avec les opiacés.

**3- Le prolongement des effets** (prise différée) par l'usage d'une substance dont les effets sont par certains aspects similaires à ceux de la première substance consommée. Au moment où les effets de la première substance commencent à s'estomper, la prise de la seconde est censée les faire durer un peu plus longtemps. C'est le cas de l'alcool ou du cannabis pris quelque temps après le LSD.

**4- La relance des effets** (prise différée), similaire à la « finalité » précédente, à cette différence près que, dans cette configuration, la prise de la seconde substance est censée non seulement prolonger les effets de la première, mais faire repartir ceux-ci avant la descente. Par exemple, la prise de *speed* lorsque les effets de la MDMA commencent à s'estomper.

*Ces quatre finalités correspondent à la fonction de maximalisation des effets, laquelle consiste à tirer le maximum d'effets « positifs » de l'association de plusieurs substances, effets qui ne pourraient pas être obtenus en augmentant la dose d'une même substance. Il ne s'agit donc pas d'un simple cumul quantitatif mais d'une modification qualitative des effets.*

**5- La production de nouveaux effets** par l'ajout d'une composante (prise concomitante/différée) dont les effets spécifiques, d'une nature différente de ceux de la première, viendront se combiner. Cette « finalité » est qualitative plus que quantitative, puisqu'elle consiste, non pas à intensifier ou prolonger les effets d'une substance, mais à lui en adjoindre d'autres qu'elle ne pourrait produire à elle seule. C'est le cas du *speed* qui, pris avec de la MDMA, produit des effets stimulants tangibles qui ne peuvent pas, ou presque pas, être obtenus par la seule MDMA .

**6- Le masquage d'une catégorie d'effets** spécifiques par la prise concomitante/différée d'une seconde substance destinée à effacer ou atténuer un ou plusieurs des effets de la première tout en conservant les autres. C'est l'effet recherché en général de la prise de cocaïne (stimulant) avec des hallucinogènes et de l'*ecstasy*. La cocaïne déséquilibre le rapport entre les effets empathogènes et stimulants de la MDMA au profit de ces derniers. Elle masque donc ou rend moins perceptible les effets « love » de la MDMA. Par ailleurs, les incidents et les malaises dus à un surdosage léger et/ou à la vulnérabilité individuelle de l'utilisateur sont fréquents avec le LSD et la MDMA. Du fait de ses propriétés stimulantes, certains consommateurs perçoivent la cocaïne comme un « antidote » (réel ou supposé) des dites substances. Ainsi, elle serait censée faciliter immédiatement le retour de la personne à une meilleure maîtrise de soi.

**7- La neutralisation des effets** (prise concomitante/différée) par la combinaison de deux substances antagonistes. Chacune d'elle est censée contrebalancer les effets les plus négatifs de l'autre (réciprocité). C'est le cas de l'association cocaïne/alcool qui permet d'un côté de réduire la sensation de surexcitation induite par la cocaïne et de l'autre de réduire la sensation d'ivresse suscitée par l'alcool. En conséquence, la prise concomitante d'alcool abouti à une plus grande tolérance à l'alcool et à la cocaïne, laquelle permet éventuellement l'augmentation de la consommation de ces deux substances.

*Ces trois finalités relèvent de la fonction d'équilibrage des effets à savoir celle que sont censées remplir les associations de substances dont les effets se corrigent mutuellement de façon à permettre au consommateur d'adapter à tout moment les effets ressentis aux fluctuations des contextes ou à son désir d'expérimenter des états différents.*

**8- L'atténuation d'une montée trop forte** (prise concomitante) par le recours à des substances de régulation comme les benzodiazépines, les opiacés et/ou le cannabis afin de faire face aux sensations d'agitation, de malaise ou même de panique engendrées parfois par la prise de stimulants et, dans une moindre mesure, d'hallucinogènes, à une dose dépassant le seuil de tolérance de l'organisme.

**9- L'adoucissement de la descente** (prise différée) par des associations et combinaisons de substances susceptibles de combattre ou atténuer les sensations parfois pénibles engendrées par cette phase de la consommation. Les produits de régulation les plus utilisés sont les substances dites « relaxantes » : benzodiazépines, opiacés, cannabis.

*Ces deux finalités correspondent à la fonction de maîtrise des effets « négatifs » d'une ou plusieurs substances psychoactives, dont l'objectif est de ne conserver que les effets « positifs » (sans doute l'idéal de tout consommateur) par l'invention incessante de différentes combinaisons. Cette fonction concerne notamment la phase dite de « descente » durant laquelle les effets « positifs » de la substance disparaissent pour laisser la place à des effets « négatifs » (sensation de malaise, manque).*

**10- La gestion de la pénurie** où il s'agit, à défaut de pouvoir consommer la substance principale, d'utiliser une ou plusieurs substances de remplacement appartenant à la même famille ou pas. C'est le cas par exemple des opiacés tels que la codéine ou la morphine, utilisés pour pallier l'absence du produit principal de préférence, en l'occurrence l'héroïne. C'est le cas aussi de l'usage assez fréquent de la codéine avec de l'alcool pour supporter le manque d'héroïne.

**11- La substitution d'effets** par la consommation concomitante d'une ou deux substances pour éviter la prise d'autres substances considérées comme plus dangereuses ou génératrices d'effets exagérément indésirables. Dans ce cas, le consommateur se contente de l'effet « like », c'est-à-dire similaire à ceux de la substance évitée. C'est le cas du cannabis pris avec du *speed* pour éviter de prendre de l'*ecstasy*.

Ces deux finalités relèvent enfin de **la fonction de « recharge »**, qui répond à deux situations distinctes : dans la première, le consommateur est contraint, du fait de la non disponibilité du produit qu'il recherche, de le remplacer par une combinaison des substances disponibles appartenant à la même famille pharmacologique ou susceptibles d'imiter les effets du produit de choix. Dans la seconde situation, le consommateur s'abstient volontairement de consommer un certain type de substances et le remplace par une autre substance ou une association de substances.

### Conclusion

Considérée sous l'angle des finalités recherchées par les consommateurs et les fonctions que celles-ci remplissent, la polyconsommation apparaît comme une tentative de **régulation** des effets standards des substances afin de répondre au plus près des attentes individuelles, qui sont, par définition, diverses et complexes. Dans ce sens, la polyconsommation s'inscrit dans une **dynamique d'expansion déjà à l'œuvre** et constitue à ce titre une réalité dont il faut prendre acte.

Compte tenu de l'incessante diversification des substances en circulation ; de la banalisation des pratiques de régulation ; et enfin du caractère pour le moins risqué sinon dangereux de certaines des associations (tableau ci-contre), il apparaît dès à présent primordial d'élaborer des stratégies de prévention adaptées à ces pratiques de régulation.

**Tableau 11 : Finalités recherchées et fonctions de l'usage concomitant ou différé de certaines substances psychoactives**

Fonctions	Finalités	Usage concomitant ou différé de deux substances psychoactives de régulation
<b>I - maximalisation des effets</b>	Accélération et amplification de la montée	1) Protoxyde d'azote pour LSD ; 2) Protoxyde d'azote pour ecstasy ; 3) cannabis pour ecstasy
	Potentialisation des effets	1) Benzodiazépines pour opiacés ; 2) GHB pour ecstasy ; 3) cannabis pour opiacés ; 4) kétamine pour LSD
	Prolongement des effets	1) Cocaine pour ecstasy ; 2) alcool/cannabis pour LSD.
	Relance des effets	1) Speed pour LSD ; 2) speed pour ecstasy ; 3) GHB pour ecstasy ; 4) protoxyde d'azote pour ecstasy.
<b>II - équilibrage des effets</b>	Ajout d'une composante	1) Ecstasy pour LSD (composante love) ; 2) speed pour ecstasy (composant speed) ; 3) LSD pour ecstasy (composante hallucinogène)
	Masquage d'une composante	1) Cocaine/speed pour LSD (réduit l'effet « pensée dispersée ») ; 2) cocaïne pour ecstasy (composante love masquée)
	Neutralisation des effets	1) Cocaine pour kétamine 2) cocaïne - alcool (réciprocité) ; speed - alcool (réciprocité)
<b>III - contrôle des effets négatifs</b>	Atténuation d'une forte montée	1) Héroïne pour cocaïne (speed ball) ; 2) cocaïne pour ecstasy ou LSD ; 3) cannabis pour stimulants ; 4) alcool pour LSD ; 5) cannabis pour LSD
	Adoucissement de la descente	1) Benzodiazépines pour stimulants ; 2) opiacés pour hallucinogènes ; 3) cocaïne pour LSD ; 4) cannabis pour crack et speed ; 5) GHB pour ecstasy ; 6) alcool pour LSD ; 7) ecstasy pour LSD ; 8) cannabis pour LSD ; 9) opiacés pour stimulants
<b>IV - recharge</b>	Gestion de la pénurie	1) Opiacés (Néocodion® pour l'héroïne)
	Substitution d'effets	1) Cannabis avec speed à la place de l'ecstasy ; 2) cannabis à la place du LSD

## Conclusion du rapport

---

Quelques rappels paraissent nécessaires avant de livrer une synthèse des tendances qui se dégagent de ce rapport. D'une part, le dispositif TREND est encore à l'état de prototype, d'autre part, celui-ci ne prétend pas donner un reflet exhaustif de la situation qui prévaut en France en matière de diffusion et d'usages de substances psychoactives. TREND est en effet le fruit du travail d'un certain nombre d'observateurs situés sur des sites déterminés et les conclusions qui suivent reposent exclusivement sur les données qu'ils ont transmises. Par ailleurs, la scission du champ d'observation entre espace urbain et espace festif, tels que définis dans ce rapport, est loin d'épuiser la réalité de l'usage de drogues. A l'avenir d'autres espaces et milieux culturels seront explorés afin de tendre à une couverture plus large du champ des usages et de la diffusion des produits. Ces premiers éléments de conclusion fournissent donc à la fois un état des lieux de la diffusion et de l'usage des produits dans les milieux investigués et dégagent les premières tendances observées.

■ Dans l'espace urbain, qui concerne pour l'essentiel la population en contact avec les structures de soins et d'accueil, l'usage des opiacés reste dominant mais la consommation de stimulants (cocaïne et *crack*) est en développement. Dans l'espace festif (milieu techno), qui cible des usages ayant lieu dans un contexte récréatif, ce sont les stimulants (*ecstasy*, *speed*, cocaïne) et les hallucinogènes (LSD notamment) qui dominent.

■ La diffusion de la cocaïne, dont le prix est en baisse, s'élargit aussi bien dans l'espace urbain que l'espace festif.

■ Dans l'espace urbain, l'usage de l'héroïne est en déclin. Dans l'espace festif, un usage marginal d'héroïne en tant que substance sédatrice de régulation est noté.

■ Dans l'espace festif, des substances telles que le DMT, le DOB, le 4-MTA apparaissent dans un contexte caractérisé par l'absence d'informations sur les effets et les risques engendrés par l'usage de celles-ci. Par ailleurs, le développement des contrefaçons, notamment l'utilisation de substances

médicamenteuses en lieu et place des substances recherchées, expose les usagers à des risques sanitaires non négligeables.

■ Dans les deux espaces, des pratiques de régulation se multiplient parallèlement à l'accroissement du nombre des produits. Elles répondent à des besoins ressentis de gestion des effets de multiples substances. Par ailleurs, de nombreuses substances vendues contiennent plusieurs principes psychoactifs dont la présence est ignorée des usagers. Ces combinaisons de l'usage (intentionnel comme non intentionnel) de produits sont préoccupantes en termes sanitaires dans la mesure où les interactions pharmacologiques entre les substances sont peu connues.

■ Les influences réciproques entre l'espace urbain et l'espace festif se multiplient, surtout en termes de circulation des produits. Même si les deux espaces ont leurs caractéristiques propres en termes de consommation, la frontière relativement étanche qui existait, il y a encore quelques années, est en train de s'estomper.

■ Une demande de soins pour des problèmes somatiques et psychiatriques liés à la consommation de cocaïne, et plus marginalement des drogues de synthèse, émerge dans un contexte sanitaire dominé par la prise en charge des pathologies engendrées par l'usage des opiacés. Ce constat pose le problème de l'adaptation du dispositif de soins et de prise en charge à cette situation nouvelle.

## Glossaire des principales substances citées dans le rapport

---

**2C-B (4-bromo-2,5-diméthoxyphénéthylamine)** : substance, appartenant à la famille des phénéthylamines, dont les effets seraient proches à la fois de ceux de la MDMA et du L.S.D., procurant à la fois énergie physique et hallucinations.

**DOB (2,5-diméthoxy-amphétamine)** : substance, appartenant à la famille des amphétamines, dont les propriétés hallucinogènes sont similaires à celles du L.S.D.. Les effets peuvent durer de 6 à 30 heures.

**Ice (Dexméthamphétamine)** : forme fumable de la méthamphétamine. Elle se présente en général sous forme de cristaux transparents d'où elle tire son nom. Ces effets seraient plus puissants que ceux habituellement reconnus aux amphétamines et engendreraient un comportement agressif et paranoïaque ainsi que des hallucinations auditives. Les effets durent de 8 à 24 heures.

**MDMA (3,4-méthylènedioxyméthamphétamine)** : substance appartenant à la famille des amphétamines. Sa durée d'action est de 4 à 6 heures. La MDMA procure de nombreux effets excitants : augmentation de la fréquence cardiaque, accélération de la respiration, débordement d'énergie et hyperactivité. Ce produit est inscrit au tableau des stupéfiants depuis l'arrêté du 9 juillet 1986.

La **MDA** et la **MDEA** sont également obtenus par modification de la molécule d'amphétamines, elles ont des durées d'action différentes. L'importance des effets hallucinatoires et le degré de l'euphorie varient selon les produits.

**PCP (phencyclidine)** : anesthésique dont l'usage est essentiellement limité à la médecine vétérinaire du fait de la gravité de ses effets toxiques sur l'homme. Il se présente sous forme de poudre, de cristaux, de comprimés voire même en solution. Les effets décrits se caractérisent par une dissociation entre l'esprit et le corps, une levée des inhibitions et une suppression de la douleur. La durée d'action peut varier considérablement en fonction de la dose.

**Protoxyde d'azote** : gaz découvert en 1772, utilisé comme anesthésique en médecine et propulseur dans les bombes aérosols. Cette substance est connue depuis le XIX<sup>e</sup> siècle, pour ses effets euphorisants. Après 8 à 10 secondes d'inhalation, ce gaz produit des étourdissements et une excitation accompagnée d'un rire incontrôlable. Sa durée d'action est très courte : 2 à 3 minutes.

**Poppers** : préparation contenant des nitrites aliphatiques (nitrites d'amyle, de butyle, de propyle). Les poppers induisent une légère euphorie et une vasodilatation intense, avec accélération du rythme cardiaque. Ils favoriseraient l'activité sexuelle (augmentation de la durée de l'érection, amplification des sensations orgasmiques, retard à l'éjaculation). Les effets débutent au bout de 7 à 10 secondes et durent environ 30 à 60 secondes.

**4-MTA (4-méthylthioamphétamine)** : substance – encore peu connue – qui aurait un effet stimulant relativement léger sans engendrer ni hallucinations ni distorsions visuelles. Le 4-MTA procurerait un sentiment de calme sans euphorie. Ses effets sont assez longs et durent environ 12 heures. Le 4-MTA est classé au tableau des stupéfiants depuis l'arrêté du 16 novembre 1999.

**Rachacha** : résidu d'opium de fabrication artisanale, fumé.

**STP (Serenity Tranquility Peace) ou DOM (4-méthyl-2,5-diméthoxy-amphétamine)** : substance dont la durée d'action peut aller jusqu'à 12 heures. Ses effets se caractérisent par une excitation intense et de nombreuses réactions hallucinogènes légères. Dans les années 60, ce produit était fréquemment associé au LSD.

### Médicaments

**Benzodiazépine (dont le Rohypnol<sup>®</sup> et le Valium<sup>®</sup>)** : molécule utilisée fréquemment par les usagers de drogues en automédication du fait de ses effets hypnotiques et anxiolytiques.

**Artane<sup>®</sup>** : médicament anticholinergique de synthèse prescrit essentiellement aux malades atteints de la maladie de Parkinson, détourné et utilisé pour ses effets hallucinogènes.

**Survector<sup>®</sup>** : antidépresseur dont l'Autorisation de Mise sur le Marché remonte à 1976. Le Survector<sup>®</sup> est utilisé pour le traitement des épisodes dépressifs majeurs. La spécificité de ce médicament par rapport aux autres antidépresseurs est liée à son action particulière euphorisante et psychostimulante. Depuis la fin de l'année 1999, ce produit n'est plus disponible.

**Sulfates de morphine ( dont le Skénan<sup>®</sup> et le Moscontin<sup>®</sup>)** : morphiniques à libération prolongée.

### Sources :

D.S. INABA, W.E. COHEN, Excitants, calmants, hallucinogènes, traduit de l'anglais par Georges LAGIER, Piccin, 1997, 383 p.

DENIS RICHARD, JEAN-LOUIS SENON, Dictionnaire des drogues des toxicomanies et des dépendances, Larousse, 1999, 433 p.

## **Annexe 1 : méthodologie générale**

---

### ***Le système statistique existant***

Le système statistique français sur l'usage de drogues repose sur trois grands types d'approche : les statistiques administratives ou études portant sur les populations vues par les institutions sanitaires et sociales et les institutions répressives, les études sur des populations particulières touchées par la toxicomanie mais non sélectionnées institutionnellement, et les enquêtes ou registres en population générale.

La population observée par les dispositifs à vocation sanitaire et sociale est celle des usagers faisant appel à ce système. Cette démarche de l'usager peut être spontanée ou contrainte (injonction thérapeutique) et se faire au titre de la toxicomanie ou pour une autre raison (pathologie infectieuse, etc.). En raison de la nature de la prise en charge dans ce secteur (sevrage, traitement médical, réinsertion), la perception est plutôt orientée vers les formes les plus « lourdes » de la toxicomanie, les toxico-dépendants plus que les usagers occasionnels.

Les institutions ayant une vocation répressive permettent d'approcher aussi bien l'usage (la demande) que l'offre. L'approche de la demande est orientée par le caractère illicite du comportement ou du produit consommé. L'offre est moins bien couverte du point de vue des connaissances que la demande. Dans ce domaine il est particulièrement difficile de distinguer dans l'évolution d'un indicateur la part relative à la modification du phénomène de celle propre aux efforts ou progrès de l'action répressive.

L'approche par les études qui s'intéressent à des sous-groupes de population directement touchés par la toxicomanie mais non sélectionnés institutionnellement est à souligner. Outre la qualité de description des usages et des comportements, ce type d'approche permet d'aborder la partie « cachée » du phénomène : les individus qui ne sont pas vus, ni du système répressif, ni du système sanitaire et social.

Les approches en population générale enfin regroupent enquêtes en population générale et registres (cas de SIDA déclarés, causes médicales de décès, ventes de seringues, fichier de Drogues Info Service) et permettent de quantifier certains aspects du phénomène.

### Les limites

Les différents rapports publics qui se sont penchés sur le problème ont tous fait le même constat sur l'importance à accorder à l'amélioration de la connaissance du phénomène et à la mise en place d'une observation qui permette une action plus efficace.

Ce constat s'appuie sur une analyse mettant en relief les limites et l'aspect cloisonné de l'observation existante qui aboutit à des résultats insuffisants en termes de synthèse et de prospective.

L'usage de drogues est par nature difficilement repérable et donc descriptible. Les données disponibles proviennent le plus souvent des institutions qui interviennent en la matière, elles ne reflètent donc qu'une partie du phénomène et sous un angle particulier, celui de l'institution. Le dispositif actuel, n'atteignant la toxicomanie qu'à travers les troubles que l'usage de drogues entraîne place une frontière de fait - au demeurant imprécise - excluant l'usage occasionnel. En outre, l'ensemble du dispositif n'est pas complètement pris en compte, il exclut par exemple la clientèle des médecins de ville.

Les enquêtes en population générale, outil le plus pertinent pour obtenir une mesure directe du phénomène sur l'ensemble de la population, notamment sur son ampleur atteignent leurs limites quand la consommation des produits touche un petit pourcentage de la population ou concerne des personnes socialement marginalisées.

Ces sources d'information, notamment les statistiques administratives par leur pérennité, leur régularité et leur disponibilité, sont particulièrement précieuses pour l'analyse des tendances lourdes. Leur utilisation est néanmoins délicate et il est important de bien prendre en compte leurs limites : les indicateurs produits sont des « indicateurs indirects de la demande » dont l'inertie, inhérente à leur processus de production, ne leur permet généralement pas d'éclairer les tendances récentes du phénomène. Or, la modernisation des moyens de communication permet une diffusion rapide des cultures, autorisant une évolution très rapide des produits consommés et des modes de consommation.

### Le nécessaire

Les limites du système actuel ainsi définies nous permettent de dresser un inventaire des besoins :

- Le système d'information doit permettre une meilleure cohérence entre les indicateurs existant et le cloisonnement actuel doit être atténué.
- L'observation doit rendre possible la connaissance des pratiques de consommation même si elles n'apparaissent pas du point de vue des sources administratives (populations dites cachées). Les lieux de recueil et le cercle des observateurs ressource doivent pour cela être élargis.
- La réactivité du système doit également être améliorée. Cette notion implique une meilleure sensibilité pour une adaptation rapide d'un système fondé sur la prise en charge d'un type de problème qui peut s'avérer obsolète.
- Les modes de recueil d'information doivent permettre d'identifier l'émergence de phénomènes qui par définition ne sont pas prévisibles.

### Méthodes et outils de recueil de données

Le projet TREND (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) a été conçu pour répondre à ces besoins et dans une perspective de complémentarité avec les sources existantes. Ce dispositif tente donc d'élaborer une approche permettant de :

- détecter** les phénomènes émergents ;
- comprendre** les contextes, les modalités d'usage et les implications diverses de la consommation des substances ;
- suivre** dans le temps les évolutions de la consommation pour en dégager les tendances.

Il s'est inspiré des projets similaires réalisés dans d'autres pays tels qu'ils sont rapportés dans la littérature internationale spécialisée<sup>23</sup>. L'analyse du contenu de cette littérature montre que trois outils principaux communs à bon nombre des dispositifs d'observation existant dans le monde permettent de capter les tendances émergentes.

<sup>23</sup> Deux ouvrages en particulier méritent d'être signalés « *Detecting, Tracking and Understanding emerging trends in drug use. Final report* », OEDT (Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies), qui recense et décrit un grand nombre de systèmes de surveillance existant dans le monde et « *WHO Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use (WHO/PSA, Geneva, 1998)* » qui décrit une méthodologie utilisée pour évaluer rapidement et à un coût moindre, dans un lieu donné, la nature et l'ampleur d'un problème pour une action et une prévention rapides et efficaces.

### ■ le recours à des méthodes de recueil qualitatives

L'expérience dans d'autres pays montre que les informations d'ordre qualitatif, recueillies auprès d'observateurs sur le terrain, sont les plus proches de l'émergence des tendances. En France, les recherches qualitatives fournissent des informations très utilisées, notamment pour expliquer certaines des observations quantifiées par les sources statistiques. Mais l'observation ainsi obtenue n'est en général pas reconduite et aucune tendance ne peut être mise en évidence. En outre, le système de recueil d'information doit être suffisamment ouvert pour permettre aux personnes témoins des changements d'en parler. Le recueil de données qualitatives permet une remontée d'une information relative à un événement non prévisible (émergence d'un phénomène), une remontée concomitante d'informations permettant de comprendre le phénomène et de le restituer dans son contexte, et enfin une souplesse dans le recueil des données qui peut éviter la lassitude des observateurs participant à un dispositif durable.

### ■ le regroupement des observations sur un nombre limité de sites

Ce regroupement permet de s'affranchir de la prise en compte d'une variabilité des phénomènes observés, liée à des particularités géographiques. Les données provenant d'un même site peuvent en effet être plus facilement comparées.

### ■ une possibilité d'investigation *ad hoc* en cas d'identification d'un phénomène nouveau.

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

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

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

### Les observateurs sentinelle

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

### Espaces d'observation

Deux espaces de consommation ont été définis pour ce premier rapport. L'**espace urbain** désigne les dix sites retenus dans le cadre du dispositif TREND. Ces sites, dans leur totalité, se situent dans des zones urbanisées ou fortement urbanisées. Sur cet espace, compte tenu de la nature des observateurs sentinelle, les informations sur la population en contact avec les structures de soins et d'accueil, c'est à dire ayant une consommation à problème, sont largement dominants. Les modalités de consommation en vigueur dans la fraction de la population d'usagers dite « cachée », c'est-à-dire les usagers ne fréquentant aucune structure de prise en charge sanitaire ou sociale ou non repérés par le dispositif d'application de la loi échappent en l'état actuel du projet à notre champ d'observation ainsi que les populations relevant de l'espace rural.



Dans chaque site de l'espace urbain, l'observation repose essentiellement sur un enquêteur ethnographe du réseau IREP et des personnels de structures de bas seuil (programmes d'échange de seringues et lieux d'accueil « boutiques ») et, sur certains sites, des groupes ASUD.

L'**espace festif** désigne les lieux où est diffusé un certain style de musique dite techno ainsi que les établissements de nuit. L'observation porte dans cet espace sur des usagers dans un cadre festif, indépendamment de toute demande de prise en charge sanitaire ou sociale. Il est bien évident que le milieu techno n'est pas le seul où il y a des consommations de drogues. Mais compte tenu du contexte de mise en place du projet, c'est le seul milieu festif qui a pu être investigué. Les observateurs dans cet espace regroupent essentiellement des membres de l'association Techno-plus, notamment dans la région parisienne, et des ethnologues de l'association LIRESS<sup>24</sup>, spécialisée dans la culture techno et couvrant plusieurs régions.

D'autres limites en termes de champ d'observation peuvent être soulignées ici : la couverture géographique et les DOM-TOM en particulier, ne font pas encore partie des sites d'observation.

En termes de substances consommées, l'ensemble du champ est loin d'être couvert. En particulier, vue l'ampleur des consommations de cannabis, de tabac et d'alcool, les outils de recueil et d'analyse nécessitent une adaptation. Ce travail sera réalisé dans les prochains recueils. Dans ce premier rapport, ces trois substances ne sont pas abordées.

Les observateurs sentinelle recueillent des données de type qualitatif (observations, entretiens et notes de synthèse).

### **L'organisation du travail avec les observateurs sentinelle**

Des précisions sur les outils dont il est question ici (questionnaires, guides d'entretien, etc.) peuvent être obtenues sur demande à l'OFDT.

#### **IREP**

Le dispositif est composé d'enquêteurs de terrain et de coordinateurs répartis dans 8 des 10 sites prévus (Dijon, Lille, Marseille, Metz, Toulouse, Rennes, Paris et le département de la Seine-Saint-Denis) chargés de faire remonter l'observation et d'un chercheur chargé d'orienter le travail du réseau, de centraliser, de vérifier et de faire la synthèse de l'information. Les enquêteurs de l'IREP axent leurs observations sur des thèmes prédéfinis au début de chaque semestre en concertation avec l'OFDT. Ils recueillent ensuite du matériau à partir d'observations, d'entretiens avec

les professionnels de structures de bas seuil, de centres de soins, des hôpitaux, avec des usagers, des associations d'usagers, des éducateurs etc. Chaque enquêteur rédige ensuite, à partir de l'ensemble de ces informations et tous les mois, une note faisant état de la situation dans son site d'observation. Ces notes sont centralisées par l'IREP, vérifiées puis transmises à l'OFDT.

#### **Structures de bas seuil**

Dix-sept structures de bas seuil (boutiques et programmes d'échange de seringues) ont été mobilisées autour de ce projet, dans les 10 sites. Le personnel de chacune de ces structures s'est réuni afin de remplir un questionnaire élaboré par l'OFDT. Il comprend des questions ouvertes concernant par substance, le prix, la disponibilité perçue, les noms usuels, l'effet recherché par les usagers, le profil de ces usagers, les associations impliquant cette substance, les contextes d'utilisation et les problèmes de santé posés par son usage.

#### ***Techno plus***

À chacune de ses interventions, l'association réalise un bilan. Certains éléments de ce travail ont été fournis à l'OFDT, notamment une description brève des contextes, les principales substances circulant ainsi que l'observation de consommations particulières ; un rapport rassemblant par produit des informations similaires à celles demandées au personnel des structures de bas seuil a également été réalisé par les membres de Techno plus.

#### **ASUD**

Le travail avec ASUD est encore en cours de mise en place. Certains groupes ASUD ont cependant déjà participé à l'observation pour ce rapport en fournissant des rapports de site rassemblant à nouveau les mêmes éléments que ceux demandés au personnel des structures de bas seuil.

#### ***Association d'ethnologues-sociologues spécialistes du milieu des raves et techno (LIRESS)***

Les ethnologues de cette association ont contribué au projet par la réalisation d'observations et d'entretiens semi-directifs dans le milieu techno. Les personnes avec lesquelles des entretiens ont été conduits étaient consommateurs de *speed*, d'amphétamines, de cocaïne ou de produits encore peu connus.

#### ***L'observation en zone frontalière***

Les membres du réseau TREND situés à proximité des frontières ont été

<sup>24</sup>Laboratoire Indépendant de Recherche et d'Expérimentation en Sciences Sociales.

mobilisés sur ce thème et ont rédigé des rapports reposant à nouveau sur des observations et des entretiens. Le plan de ces rapports, permettant d'orienter la recherche des données, était au préalable défini par l'OFDT. Il s'agissait de décrire les consommations dans ces lieux (substances, contextes, profil des usagers), les déplacements et les motivations des déplacements des usagers ainsi que les problèmes posés par ces mouvements transfrontaliers.

### **Enquêtes quantitatives pilote**

Deux enquêtes quantitatives pilote viennent compléter le dispositif. Ces enquêtes ont permis de tester la faisabilité du recueil et seront reconduites sur plusieurs sites.

L'une a été conduite auprès de 24 médecins généralistes faisant partie de réseaux de prise en charge des usagers de drogues présents sur les dix sites d'observation. Le recueil a eu lieu durant les mois d'octobre, novembre et décembre 1999. Tout consultant pour un motif imputable directement ou indirectement à l'usage de drogues [substance illicite ou licite utilisée de façon non médicale (médicaments détournés de leur usage, solvants, etc.)] était inclus dans l'enquête. Les personnes sous traitement de substitution étaient prises en compte. Un recours lié exclusivement à l'usage d'alcool et/ou de tabac était par contre exclu de l'observation. 284 sujets ont ainsi été inclus. Le recueil s'est fait par un questionnaire comprenant deux parties :

- des questions ouvertes pour lesquelles il était demandé aux médecins une description libre du phénomène tel qu'il leur apparaissait dans l'exercice de leur fonction ;
- un registre contenant une information sur vingt patients consécutifs venus les consulter pour un problème lié à l'usage de drogues sur une période de 1 mois au plus.

L'autre enquête a été réalisée par questionnaire durant les mois d'octobre et novembre 1999 aux urgences de l'hôpital Lariboisière à Paris. Toute personne reçue aux urgences durant cette période et ayant fait usage d'une substance psychoactive illicite ou licite utilisée de façon non médicale (médicaments détournés de leur usage, solvants, etc.) était admise dans l'enquête. Un recours lié exclusivement à l'alcool était exclu de l'observation. 115 sujets ont ainsi été inclus.

### **La banque de données SINTES (Système d'Identification Nationale des Toxiques et Substances)**

Cette base, mise en place par l'OFDT, fournit des données sur la composition des substances de synthèse ainsi que sur leur contexte de con-

sommation. Créée en septembre 1999, elle est fondée sur un réseau mixte, associant les services et laboratoires répressifs (douanes, police et gendarmerie), deux laboratoires hospitaliers, des experts en pharmacodépendance, des centres de soins spécialisés, des associations de prévention intervenant sur les lieux de consommation ainsi que des épidémiologistes. Le chapitre SINTES du rapport décrit plus avant ce dispositif.

### **La veille sur Internet**

Cette veille consiste à recenser et consulter régulièrement les sites fournissant une information relative à l'usage de substances psychoactives, suivre les tendances évolutives visibles sur ces sites (mais aussi des représentations et des modes de consommation qui leurs sont associés) et mettre en perspective ces résultats avec l'ensemble des données recueillies dans le cadre du projet TREND. Seuls les sites anglophones et francophones sont visités. Une sélection et une classification des sites a été réalisée selon les critères suivants : crédibilité auprès des usagers, régularité de la mise à jour, interactivité et *bookmark*. Une typologie des sites a également été réalisée. ainsi, la catégorie A regroupe les sites diffusant une information rédigée et destinée aux usagers (auto-support, groupe d'usagers, un usager passionné, etc.). La catégorie B regroupe les sites « psychédéliques », qui diffusent une information d'ordre à la fois scientifique et culturelle, qui peut concerner les usages médicaux et/ou sociaux traditionnels de psychotropes, les recherches relatives aux thérapies alternatives, les expérimentations etc. La catégorie C regroupe les sites institutionnels (universités, laboratoires scientifiques, santé, prévention, services répressifs etc.) qui diffusent des informations d'ordre médical, pharmacologique, scientifique etc.

Les résultats de cette veille font l'objet d'un bulletin régulier envoyé aux acteurs de terrain partenaires de TREND. Les substances faisant l'objet d'une recherche retransmise dans ces bulletins peuvent avoir été traitées à la demande de ces partenaires.

### **Recueil auprès de structures non spécialisées en toxicomanie**

Dans le but d'élaborer des outils permettant le recueil de données auprès de structures non spécialisées en toxicomanie (missions locales, clubs de prévention, personnel de l'éducation nationale etc.) relatives à la consommation de substances psychoactives dans des populations ne fréquentant pas le dispositif spécialisé, deux projets expérimentaux ont été mis en place en partenariat avec la Mission toxicomanie du Conseil général du département de la Seine-Saint-Denis et le réseau Hérodote dans le département de l'Essonne (annexe 2).

## Les réseaux institutionnels

Deux partenariats ont pour but la mise en place d'un recueil de données spécifiques à TREND :

- avec l'OCRTIS<sup>25</sup> : un examen de certaines procédures judiciaires relatives aux interpellations pour usage et/ou trafic de drogues, centralisées par cet organisme, a été réalisé par les membres de l'OFDT en charge du projet. Les documents relatifs aux interpellations pour usage et/ou trafic de cannabis ont été écartés et seules les procédures concernant les sites prévus par TREND ont été examinées. Des informations de type qualitatif, relatives à la description des contextes d'utilisation des substances et des modalités d'usage, selon les déclarations de la personne interpellée ont ainsi été recueillies.

- avec la CNAM<sup>26</sup> : un suivi des prescriptions est prévu concernant les produits liés directement ou indirectement à l'usage de drogues sur les sites de TREND.

Deux partenariats visent un partage de données recueillies par des dispositifs indépendants :

- avec les CEIP<sup>27</sup> situés dans six régions : il s'agit des données collectées dans le cadre d'OPPIDUM<sup>28</sup> créé pour surveiller l'évolution de la consommation de psychotropes et alerter les autorités sanitaires sur l'utilisation de nouveaux produits ou de nouvelles voies d'administration et d'associations potentiellement dangereuses, d'OSIAP<sup>29</sup> qui permet un classement par région des principaux médicaments détournés et de DRAMES<sup>30</sup> qui recueille les décès observés ou publiés en relation avec l'abus de médicaments et de substances dans les régions où se situent les six CEIP ;

- avec l'Institut de Veille Sanitaire : le système SIAMOIS<sup>31</sup> collige les données de vente de seringues et de traitements de substitution.

Les CSST ne font actuellement pas partie du dispositif car il était difficile d'inclure d'emblée un si grand nombre de partenaires. Le personnel hospitalier, excepté celui des urgences, n'est pas non plus contacté pour le moment, notamment les équipes de liaison qui pourraient sans doute apporter une information relative aux problèmes de santé liés à l'usage.

## Réunions de consensus

Il est prévu que l'ensemble des réseaux appartenant au dispositif TREND soit mobilisé pour des réunions de *consensus* en alternance ou conjointement avec un recueil de données par questionnaire. Ceci peut permettre de développer les échanges au sein du réseau TREND et d'améliorer la réactivité du système.

## Analyse

L'analyse des données provenant du dispositif TREND est réalisée par l'équipe de l'OFDT.

**Les données qualitatives** étant recueillies par les différents partenaires selon des thèmes communs peuvent être facilement rassemblées. La validité des informations est ensuite vérifiée selon le concept de triangulation<sup>10</sup>. La validité et la fiabilité des données sont établies grâce au croisement des données obtenues de diverses sources par diverses méthodes. Le regroupement des observations sur un nombre de sites restreints facilite ce recoupement.

Pour l'analyse, un outil a été créé (échelle de diffusion et 12 éléments explicatifs) qui est décrit en détails au premier chapitre, afin de faciliter la lecture des informations selon une méthodologie reproductible qui permette un suivi des tendances dans le temps.

En ce qui concerne les **données quantitatives**, dans le cadre de SINTES, le regroupement des quatre bases de données indépendantes a également nécessité la définition de champs communs et le recodage d'un certain nombre de variables. L'expertise pharmacotoxicologique est réalisée pour chaque substance identifiée dans la base par les CEIP de Paris et de Marseille.

L'ensemble des données quantitatives est analysé avec le logiciel SPSS. Les résultats de l'analyse générale, sous forme d'un pré rapport sont ensuite discutés par une commission d'experts composée des membres de la commission *ad hoc* du collège scientifique de l'OFDT élargie à des experts externes.

<sup>25</sup> Office Central de Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants.

<sup>26</sup> Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

<sup>27</sup> Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance

<sup>28</sup> Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse

<sup>29</sup> Ordonnances Suspectes Indicateur d'Abus Possible

<sup>30</sup> Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances

<sup>31</sup> Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officiel d'Injection et de Substitution

<sup>10</sup> C'est le terme utilisé par l'OMS pour la méthode du *Rapid Risk Assessment* (RAR) pour définir la collecte de données auprès de sources différentes à un même moment, ce qui permet de vérifier la validité et la représentativité de l'information collectée.

## **Annexe 2 : les dispositifs expérimentaux d'observation en milieu non spécialisé pour la toxicomanie**

*La mise en place d'un réseau d'observation dans le département de l'Essonne. Rapport intermédiaire (janvier 2000).*

### **Introduction**

Dans le cadre du dispositif TREND, le réseau ville-hôpital Hérodote met en place sur le territoire de l'Essonne un dispositif expérimental d'observation sentinelle faisant intervenir des observateurs dits « non spécialisés dans le champ de l'usage de produits psychotroactifs ». L'intérêt de ce dispositif est d'inclure des sources d'information complémentaires de celles du dispositif national à partir de professionnels de première ligne intervenant en amont dans la chaîne des recours aux structures sanitaires et sociales. Le choix des observateurs permettra d'obtenir des informations concernant l'usage de produits psychotroactifs par une population jeune échappant probablement au dispositif dit « spécialisé ». La nature des informations collectées, dépendantes de la place occupée par l'observateur, concerne le profil des consommateurs, les contextes d'usage et les modes de consommation, la nature des produits et consommés ainsi que la perception par l'environnement des phénomènes liés à l'usage de substances psychoactives.

### **Les observateurs**

#### **Les critères de choix des observateurs**

Le choix des observateurs a été guidé par trois principes : leur participation préalable à la dynamique du réseau ou le fait d'avoir accès à un champ d'observation intéressant, leur forte motivation et la couverture par le dispositif de territoires différents.

#### **La constitution du dispositif final**

Un travail de mobilisation des personnes répondant à ces critères a abouti à la constitution du dispositif suivant :

- clubs de prévention (8)
- Point Ecoute Jeune (1)
- missions locales (3)
- pharmaciens (5)
- médecins scolaires (11)

#### **Déroulement du projet**

##### **La prise de contact**

La prise de contact avec les professionnels s'est faite différemment selon les catégories professionnelles des observateurs, compte tenu des différences d'organisation. Le premier contact a été réalisé individuellement. Des rencontres ont ensuite été organisées afin de présenter en détail le projet, chacun ayant reçu au préalable un dossier d'explication. Cette étape s'est déroulée dès juillet 1999. La présentation s'est faite d'emblée auprès des observateurs quand les professionnels étaient bien connus. Il en fut ainsi pour les éducateurs des clubs de prévention et PEJ et les pharmaciens. Dans les autres cas, elle s'est faite auprès des responsables hiérarchiques qui ont, dans un deuxième temps, relayé l'information auprès de leurs équipes. Ce fut le cas des médecins scolaires et des missions locales.

Pour les clubs de prévention, du fait de l'éloignement des observateurs et d'une vitesse de mobilisation variable selon les structures, la constitution de deux groupes a été nécessaire. Les pharmaciens et les missions locales ont été rencontrés individuellement. La première information des médecins scolaires a été faite par le médecin responsable de la promotion de la santé à l'inspection de l'Académie lors d'un de leur regroupement d'été. A cette réunion, cinq médecins scolaires avaient été sollicités et six autres supplémentaires se sont portés volontaires.

Afin de faciliter l'implication des professionnels, les rencontres sur les lieux de travail ont été privilégiées.

Au cours de cette première étape, des interrogations communes aux professionnels ont émergé des rencontres : « Comment des observations à l'échelon local pouvaient-elles avoir une utilité à un échelon national ? », « Quelles assurances les professionnels avaient-ils concernant l'anonymat des sources d'information ? », « Quelle validité peut-on attribuer à des informations quand celles-ci sont étroitement liées à la subjectivité des observateurs ? ».

Pour les professionnels, passer de l'observation et du raisonnement à l'échelle individuelle à une approche plus globalisante a été difficile. Mais l'existence de liens de confiance entre les professionnels et le médecin responsable du projet, le caractère expérimental du dispositif et son inscription dans un cadre national, ont facilité leur adhésion au projet. De plus, le rôle d'acteur qui leur était donné dans l'élaboration du dispositif a favorisé leur implication, tout comme l'assurance qui leur avait été faite que cette fonction d'observation ne devait pas les faire sortir de leur cadre de travail, soit par la recherche d'informations particulières, soit par des changements de pratique et d'attitude vis-à-vis des publics accueillis. Par ailleurs, il a fallu préciser d'emblée que les consommations d'alcool et de cannabis entraient dans le champ d'investigation du dispositif. Les professionnels se sont ainsi sentis plus concernés par le projet, la majorité d'entre eux restreignant la notion de drogues aux seules substances illicites et parmi celles-ci à l'héroïne principalement.

### **L'élaboration de la grille d'observation**

Il était nécessaire de se doter d'un outil de recueil commun aux professionnels de catégories identiques et qui soit le plus adapté à la réalité des pratiques des observateurs. Afin d'atteindre cet objectif, le choix de faire construire une grille d'observation par les observateurs eux-mêmes a été pris. En les faisant participer à l'élaboration de cet outil, on pouvait s'attendre à ce qu'ils l'élaborent de telle manière qu'elle soit adaptée à leurs pratiques et à leur angle d'observation.

Fonder cet outil sur la réalité de leur terrain d'observation, leur façon d'appréhender ces phénomènes et leur langage professionnel était une garantie supplémentaire pour la pertinence et la validité des informations recueillies. Par ailleurs, le travail d'élaboration de la grille a permis de clarifier les objectifs du projet et d'établir un *consensus* sur les termes utilisés pour le recueil. Enfin, les échanges, dans le cadre de l'élaboration de cet outil ont permis aux observateurs de mieux se connaître.

La construction des grilles d'observation s'est déroulée différemment selon les catégories professionnelles des observateurs, l'expérience des premiers servant aux autres.

### **Les clubs de prévention et le PEJ**

L'élaboration de la grille d'observation s'est faite en deux étapes successives, d'abord par un premier groupe, le plus motivé, qui est parti du support de recueil proposé dans TREND pour les structures de bas seuil, puis ensuite par un deuxième groupe qui est parti de la proposition du premier groupe. Des échanges d'informations se sont instaurés entre, d'une

part, le responsable du projet chargé de la mise en forme de la grille et les éducateurs des deux groupes, d'autre part entre ces éducateurs et leurs équipes respectives. La grille a été validée par l'ensemble des participants des deux groupes et par une bonne partie de leurs équipes.

La version définitive de la grille aborde principalement les usages par produits les plus couramment rencontrés (alcool, cannabis, *ecstasy* et médicaments). L'usage de l'héroïne, la cocaïne, le *crack* et le LSD sont abordés par le biais de leur particularité en comparaison avec les premiers produits.

### **Les missions locales**

Tout en partant du modèle de grille élaboré par les clubs de prévention, les missions locales ont préféré à l'approche par produits, une approche par problèmes induits par une consommation de produits psychoactifs, quels qu'ils soient.

### **Les pharmaciens**

L'élaboration de la grille a été faite en groupe et facilitée par un travail préliminaire réalisé lors des rencontres individuelles. Ce travail avait pour but de cerner les champs d'observation de ces professionnels. Les champs suivants ont ainsi été retenus : les traitements de substitution ; le matériel d'injection ; les médicaments détournés ; et la perception des personnes du quartier vis-à-vis du phénomène.

### **Les médecins scolaires**

L'élaboration de la grille d'observation s'est déroulée en deux temps dans des contextes différents du fait des difficultés rencontrées. La taille du groupe de travail était tout d'abord trop importante pour permettre l'élaboration d'un outil. D'autre part, lorsque fut discuté le choix des *items* à aborder pour la grille de recueil, il est apparu un décalage entre les discours et la réalité du terrain. Avec les 11 médecins, des champs d'observation ont été cernés et les modalités du recueil définies. Un seul d'entre eux a ensuite travaillé à l'élaboration de la grille. L'outil a finalement été soumis aux 10 autres médecins et validé par l'ensemble.

### **La collaboration avec l'OFDT**

Une fois les grilles d'observation réalisées, chacune d'entre elles a été discutée avec les responsables du projet TREND à l'OFDT et des modifications apportées. Par exemple, des fiches d'observation anonymes rela-

tives à l'observation de cas individuels d'usage sont venues compléter les questions ouvertes de la grille d'observation des clubs de prévention, ceci en accord avec les observateurs.

### Le recueil

Le choix a été laissé à chaque observateur référent d'organiser le recueil en fonction de ses contraintes et de ses possibilités. La seule contrainte était de fournir la description des procédures de recueil.

Sept référents de club de prévention sur huit ont fait le choix de recueillir les observations en équipe. Certains ont utilisé à la fois le recueil en équipe et le recueil individuel auprès des membres. Deux référents de mission locale ont effectué le recueil sans consulter personne, alors que le troisième l'a fait avec son équipe. Pour certains pharmaciens, le recueil a été fait en équipe en réunissant l'ensemble du personnel. Pour d'autres, les pharmaciens référents ont collecté les informations seuls puis les ont complétées auprès des membres de leur équipe, selon les disponibilités de chacun. Les médecins scolaires ont effectué le recueil le plus souvent seuls.

Quand le recueil se faisait en équipe, et chaque fois que cela fut possible, le responsable du projet assistait aux débats. Il apparaissait intéressant en effet d'assister au travail des équipes afin notamment de garder une trace écrite des débats et d'apprécier la distance éventuelle entre le contenu de ces débats et la retranscription qui en était faite dans le document de recueil écrit. Des précisions étaient demandées chaque fois qu'elles apparaissaient importantes pour la validité des informations.

L'accompagnement des groupes a présenté de nombreux avantages. La prise de rendez-vous pour le recueil a permis de fixer des échéances aux équipes. Par ailleurs, la présence d'une personne extérieure a permis d'introduire une médiation au sein des équipes pour lesquelles le sujet avait été, pour une raison ou pour une autre, source de difficultés personnelles ou institutionnelles. Enfin, assister au recueil a permis de mieux appréhender la façon dont les observateurs s'approprièrent la grille d'observation et de repérer ce qu'elle induisait au niveau du recueil mais aussi au niveau des équipes.

### Les difficultés rencontrées

#### **Lors de l'élaboration des outils**

D'une manière générale, l'élaboration des grilles ne s'est pas heurtée à des obstacles majeurs. Dès l'émergence d'éventuelles difficultés, un travail de concertation et d'échange avait lieu avec certains observateurs permettant

la progression de la réflexion et la proposition d'autres pistes. Ce travail effectué en dehors des temps de réunion en groupe a pu être possible grâce aux relations de travail privilégiées existantes au sein du réseau Hérodote. Néanmoins certaines difficultés ont vu le jour qui sont de deux ordres : difficultés organisationnelles liées aux agendas des uns et des autres ; difficultés à établir un *consensus* autour des modalités de recueil liées à des différences d'organisation des structures de même nature (ex.: missions locales) ou au nombre d'interlocuteurs (ex.: groupe des médecins scolaires).

#### **Lors du recueil**

Les difficultés furent plutôt liées aux remises en cause des pratiques professionnelles que pouvaient induire ce travail de recueil qu'à des problèmes d'ordre technique (incompréhension d'*items* de la grille, durée de recueil, etc.).

### **Conclusion**

A partir de la synthèse des informations recueillies, les observateurs par catégorie professionnelle se retrouveront sur une demi-journée pour confronter leurs observations. Des réunions seront pour cela planifiées au cours du premier semestre 2000.

Les différentes étapes réalisées pour le premier recueil des observations ont finalement demandé plus de temps qu'initialement prévu, essentiellement pour des raisons de disponibilité des observateurs. Néanmoins, les délais sont très satisfaisants si l'on tient compte du chemin parcouru. Suite à ce premier recueil et en prévision du deuxième recueil prévu à six mois du premier, un bilan sera fait et d'éventuels changements pourront survenir quant à la méthodologie utilisée et le contenu des grilles de recueil.

L'analyse des données s'effectuera à la fin du premier semestre et un rapport final sera rédigé pour juin 2000.

## ***Expérimentation d'un recueil de données auprès d'observateurs non spécialisés en Seine-Saint-Denis. Rapport intermédiaire (janvier 2000).***

### ***Introduction***

Depuis sa création, la mission départementale du 93 s'est préoccupée de rechercher les outils permettant de suivre l'évolution des pratiques de consommation aussi bien de produits licites qu'illicites sur le département de la Seine-Saint-Denis. Cette équipe a souhaité engager une dynamique de travail visant à construire des dispositifs de réflexion et d'analyse sur la conjoncture du département, à créer une intelligence collective et une culture commune partagée aussi bien par les professionnels, les habitants et les jeunes eux-mêmes. C'est dans ce cadre que vient s'inscrire la collaboration avec l'OFDT pour une participation à l'observation dans le dispositif TREND.

### ***Les observateurs***

La Mission travaille à la mise en place de deux dispositifs de recueil de données : **La démarche de prévention par les pairs**, entre jeunes de 14 à 25 ans, qui consiste à s'appuyer sur des personnes faisant partie des groupes cibles, y compris de jeunes consommateurs de produits psychoactifs, pour développer avec eux des stratégies de prévention adaptées à leurs réalités. L'action se répartit sur trois pôles : le pôle festif s'appuie sur la participation de huit jeunes préventeurs, le pôle quartier réunit 26 jeunes sur cinq sites, le pôle scolaire est en cours de consolidation et se met en place avec la collaboration notamment de deux collégiens.

**La construction d'un réseau de partenaires professionnels en milieu non spécialisé pour les problèmes de toxicomanie.** À travers la formation de professionnels des communes les plus sensibles en matière de drogues, et le soutien aux initiatives locales de prévention (Points Ecoute, réseaux locaux, diagnostic, usage du centre ressources, etc.) la Mission a constitué un réseau d'acteurs de proximité, non spécialisés en toxicomanie, mais travaillant au plus près des problèmes de la jeunesse. Ce réseau est composé de membres de la communauté éducative de santé, de professionnels de l'insertion (PAIO, missions locales) et d'intervenants en prévention, qu'ils soient travailleurs sociaux en institution (foyers circonscriptions) ou en association (clubs de prévention). Neuf types de structures ont adhéré au projet, qui comportent 22 correspondants, représentant un ensemble de communes de la Seine-Saint-Denis.

### ***Déroulement du projet***

#### **La démarche de prévention par les pairs**

Une première phase exploratoire avait déjà été menée en 1998 en milieu festif (rap, rock et techno).

La démarche a été reconduite pour l'année 1999/2000 en aménageant les modalités d'intervention. L'investigation s'étend aujourd'hui à différents territoires du département selon les étapes suivantes :

- le processus a débuté par le recrutement d'une quarantaine de jeunes entre 14 et 25 ans, par l'intermédiaire du réseau de partenaires du département qui sont des référents adultes de ces jeunes. Huit sites ont été retenus dans 8 communes ;
  - un questionnaire sur les pratiques de consommation des produits psychoactifs a été réalisé ;
  - une formation de base a été dispensée aux jeunes engagés dans cette démarche, concernant les produits psychotropes et leurs risques, les méthodes de passation du questionnaire et les informations à visée préventive à donner pendant l'entretien ;
  - le questionnaire a été administré dans l'entourage du jeune enquêteur. Les jeunes préventeurs avaient pour mission de trouver quinze à vingt jeunes consommant au moins deux produits psychoactifs licites ou illicites. Les jeunes disposaient par ailleurs d'un carnet de bord sur lequel ils notaient les informations qui ne pouvaient figurer sur le questionnaire et qui tiennent à la manière dont l'interaction avec le jeune interrogé a été vécue par celui-ci ;
  - la phase de réception et de saisie des questionnaires est en cours, 300 questionnaires ont déjà été reçus. Les premiers résultats montrent que le temps de passation du questionnaire, d'environ 20 minutes a souvent été dépassé, témoignant de son utilisation en tant que support de conversation et de partage d'expériences.
- Les difficultés rencontrées** tiennent en premier lieu à une trop grande exigence de départ à l'égard des jeunes. Ainsi, il était attendu que chacun fasse entre 15 et 20 questionnaires. La pratique nous indique que la moyenne se situe plutôt autour d'une dizaine de questionnaires par enquêteur. Ceci tient au manque de disponibilité des jeunes qui parfois se désengagent dans un deuxième temps, aux difficultés techniques de tenue des carnets de bord et de numérotation des questionnaires. Ces difficultés sont majorées pour le pôle scolaire en particulier par la lourdeur du travail préalable de validation institutionnelle.

### Le réseau de partenaires professionnels

Une première prise de contact s'est faite auprès des services, suivie dans un second temps par un courrier à l'attention des professionnels volontaires et en relation directe avec les jeunes susceptibles de rencontrer des problèmes liés à la consommation de drogues.

Des réunions ont ensuite été organisées afin d'impliquer les partenaires dans la démarche et d'aiguiser leur attention sur ces questions. La Mission a rencontré l'ensemble des partenaires, parfois à plusieurs reprises. Au cours de ces réunions, la démarche leur a été expliquée et une attention particulière a été portée à leur engagement de telle sorte qu'il n'occasionne pas une surcharge de travail susceptible de compromettre leur collaboration future.

Deux fiches de recueil ont été élaborées :

*Une fiche de recensement des structures participantes* afin de mieux caractériser le dispositif, connaître les spécificités des structures participantes et rassembler les éléments nécessaires à la construction d'une stratégie commune d'observation et de prévention.

*Une fiche de suivi, outil de recueil de données qualitatives.* Les réunions avec les partenaires avaient pour objectif de travailler à sa réalisation. Cette fiche, destinée à être remplie quatre fois par an, est structurée autour de quatre axes : 1/ les activités locales autour des drogues et des problèmes d'insécurité ; 2/ les conduites à risque des adolescents ; 3/ les consommations de produits psychoactifs ; 4/ les raisons pouvant expliquer les changements observés.

### **Prospectives**

Pour la démarche de prévention par les pairs, la mobilisation des partenaires a donc été réalisée et la prochaine étape consiste en l'analyse des données recueillies par les questionnaires. À l'issue de cette analyse, des séances de bilan et d'approfondissement des connaissances seront organisées pour préparer la deuxième vague de questionnaires.

Pour le réseau de partenaires professionnels en milieu non spécialisé, après la première étape qui visait la structuration du réseau d'observateurs, la prochaine étape consistera à stabiliser les modalités de recueil de données. Le rapport d'analyse finale est prévu pour fin juin 2000.

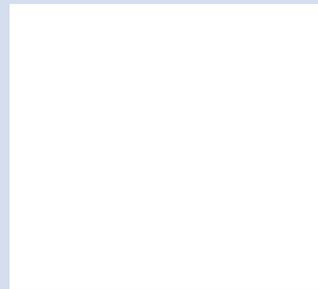
**OFDT**

**Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies**

105 rue La Fayette  
75 010 Paris

Tél : 01 53 20 16 16  
Fax : 01 53 20 16 00  
e-mail : [ofdt@ofdt.fr](mailto:ofdt@ofdt.fr)

Les études publiées par l'OFDT sont consultables sur le site web :  
[www.drogues.gouv.fr](http://www.drogues.gouv.fr)



N° ISBN : 2-11-091917-5

