

**PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS  
LIÉS AUX DROGUES  
EN 2007**

**TENDANCES RÉCENTES  
SUR LE SITE  
DE TOULOUSE**

---



# Phénomènes émergents liés aux drogues en 2007 sur le site de Toulouse.

---

**Tendances Récentes et Nouvelles Drogues (TREND)  
Guillaume Sudérie**

**Mai 2008**

Rapport établi par Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées dans le cadre du dispositif TREND (Tendance Récentes et Nouvelles Drogues) de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées  
Hôpital La Grave  
Place Lange TSA 60033  
31059 Toulouse Cedex 9  
Tel : 0561777858  
Site : [www.graphiti-cirddmp.org](http://www.graphiti-cirddmp.org)

Observatoire français des drogues et des  
toxicomanies  
3, avenue du Stade de France  
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex  
Tel : 0141627716  
Site : [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)

## **Contribution au projet**

### **Coordonnateur du Site**

Guillaume Sudérie

### **Rédaction du rapport**

Guillaume Sudérie

Natacha Baboulène

Sophie Moreau

### **Participation à la rédaction du rapport**

Sandrine Fournier

Georges Fahet

### **Équipe TREND Toulouse Graphiti-CIRDD Midi-pyrénées**

Natacha Baboulène, Serge Escots, Sandrine Fournier, Pierre Garrot, David Gaulhet, Céline Le Ven, Alexandra Montéro, Sophie Moreau, Christian Pires, David Tugerman, Josiane Sabatié, Fabien Sarniguet, Cédric Sembeille, Elsa Raczymow, Pierrette Vanel.

### **Participation au Rapport**

Jean-Luc Arnaud (Intermède, Clémence Isaure), Dr Jacques Barsony (RVTH Passages), Docteur Boy (Centre Maurice Dide), Valérie Carbonnel (Policrière formateur antidrogue), Docteur Créquy (Centre Maurice Dide), Mme Escot (Chef de la section stupéfiant), Hamida Ghazi (RVTH Passages), Agnès Lafforgue (Association Clémence Isaure, RVTH Passages), l'équipe de l'association AIDES (CAARUD), l'équipe d'Intermède (Association Clémence Isaure, CAARUD), M. Lacombe (G.I.R.), M. Lopez (SRPJ), Anne Roussin (CEIP), Dr Francis Saint-Dizier (Hôpital Joseph Ducuing, Centre Méthadone Passages), M. Saumier (Douanes), M. Ségura (Commissariat Nord), M. Terrail (Chef de la brigade des stupéfiants), Mme Visinoni (Chef de la section de toxicologie médico-légale), Dr Marie José Ferro-Collado (AAT, Centre Méthadone Passages), Dr Daniel Garipuy (Hôpital Joseph Ducuing, Centre Méthadone Passages), Dr Kouba (ARPADE), Nathalie Peyre (Pharmacie), Mde Wahart (Maternité Cucuing), Dr Elbaz (Cardiologie Rangueil), Dr Bombarda (Urgence Ducuing), Dr Simonet (Service de Psychiatrie)

### **Remerciements**

Aux usagers qui ont accepté de participer à nos travaux et dont nous préservons ici l'anonymat.

À l'équipe TREND/SINTES de Toulouse et particulièrement aux enquêteurs et aux collecteurs sans qui ce travail ne pourrait exister.

Aux différentes équipes de la réduction des dommages, de la santé et des services du respect et de l'application de la loi qui ont pris le temps de répondre à nos questions.

À toute l'équipe de l'OFDT et particulièrement à Agnès Cadet-Tairiou, Abdala Toufik, Isabelle Évrard, Emmanuel Lahaie, Valérie Mougnot et Nadine Landreau pour leur aide précieuse.

À l'équipe et aux administrateurs de *Graphiti* CIRDD Midi-Pyrénées.

À Serge Escots pour son soutien amical et précieux.

# Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCTION</b> .....   | <b>6</b>  |
| <b>QUELQUES POINTS DE REPERES</b> .....   | <b>8</b>  |
| <b>Tabac</b> .....  | <b>9</b>  |
| Les consommations de tabac à 17 ans .....   | 9         |
| Un indicateur indirect de la consommation de tabac en population générale .....                     | 9         |
| <b>Alcool</b> .....   | <b>10</b> |
| Les consommations d'alcool à 17 ans .....   | 10        |
| Un indicateur indirect : accident corporel avec alcool .....  | 11        |
| <b>Cannabis</b> .....   | <b>11</b> |
| Les consommations de cannabis à 17 ans .....  | 11        |
| Interpellations pour usage de cannabis .....  | 11        |
| Un autre point de repère : les consultations cannabis .....   | 12        |
| <b>Autres produits</b> .....  | <b>13</b> |
| Les consommations de produits illicites à 17 ans .....  | 13        |
| Interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne ou d'ecstasy .....                                 | 14        |
| Élément de diagnostic : NEMO, un éclairage sur le nombre d'usagers de drogues « à problèmes » ..... | 14        |
| <b>LES ESPACES ET LES USAGERS</b> .....   | <b>16</b> |
| <b>Espace Urbain : peu d'évolutions en 2007</b> .....   | <b>17</b> |
| Rappel des évolutions entre 2001 et 2006 .....  | 17        |
| En 2007 : trois populations repérées par les observateurs de cet espace .....                       | 18        |
| <b>Espace festif : là encore, peu d'évolutions</b> .....  | <b>19</b> |
| Quatre groupes d'affinité dans l'espace festif électronique .....                                   | 19        |
| L'espace festif alternatif sur le Site .....  | 20        |
| Un Teknival à 5000 personnes .....  | 21        |
| <b>LES OPIACES</b> .....  | <b>22</b> |
| <b>Héroïne</b> .....  | <b>23</b> |
| Situation sur le site .....   | 23        |
| Tendance en évolution sur le site en 2007 .....   | 24        |
| <b>Buprénorphine Haut Dosage (BHD) et usages détournés</b> .....                                    | <b>30</b> |
| Situation sur le site .....   | 30        |
| Tendance en évolution sur le site en 2007 .....   | 31        |
| <b>Méthadone et usages détournés</b> .....  | <b>39</b> |
| La situation sur le site .....  | 40        |
| Tendance en évolution sur le site .....   | 40        |
| <b>Sulfate de Morphine</b> .....  | <b>43</b> |
| <b>Codéine</b> .....  | <b>45</b> |
| <b>Opium-Rachacha</b> .....   | <b>46</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>LES STIMULANTS .....</b>                                       | <b>47</b> |
| <b>Cocaïne et le Crack.....</b>                                   | <b>48</b> |
| Situation sur le site .....                                       | 48        |
| Tendance en évolution sur le site en 2007 .....                   | 49        |
| <b>Ecstasy/MDMA .....</b>   | <b>55</b> |
| La situation sur le site.....                                     | 56        |
| Tendance en évolution sur le site en 2007 .....                   | 57        |
| <b>Pipérazines : nouvelles substances psychoactives ? .....</b>   | <b>59</b> |
| La situation sur le site.....                                     | 60        |
| Phénomène émergent sur le site en 2007 .....                      | 61        |
| <b>Amphétamines.....</b>  | <b>62</b> |
| <b>Méthamphétamines .....</b>                                     | <b>63</b> |
| <br>  |           |
| <b>LES HALLUCINOGENES .....</b>                                   | <b>65</b> |
| <b>Les hallucinogènes naturels .....</b>                          | <b>66</b> |
| Psilocybe, Salvia, Datura... pas d'évolutions notables .....      | 66        |
| Iboga, découverte d'un phénomène.....                             | 67        |
| <b>Les hallucinogènes synthétiques.....</b>                       | <b>70</b> |
| LSD, peu de changements.....                                      | 71        |
| Une plus grande diffusion de kétamine sur le site.....            | 72        |
| GHB, apparition dans un nouvel espace .....                       | 75        |
| <br>  |           |
| <b>LES MEDICAMENTS DETOURNES DE LEUR USAGE (NON OPIACES).....</b> | <b>76</b> |
| La situation sur le site.....                                     | 77        |
| Tendances en évolution en 2007.....                               | 78        |
| <br>  |           |
| <b>ALCOOL ET CANNABIS.....</b>                                    | <b>79</b> |
| <br>  |           |
| <b>Alcool.....</b>  | <b>80</b> |
| <br>  |           |
| <b>Cannabis.....</b>  | <b>80</b> |
| <br>  |           |
| <b>CONCLUSION DES INVESTIGATIONS 2007 .....</b>                   | <b>81</b> |
| Opiacés .....   | 82        |
| Stimulants.....   | 82        |
| Hallucinogènes.....   | 83        |
| Médicaments non opiacé.....                                       | 83        |

# **Introduction**

---

L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) a mis en place depuis 1999 un dispositif national intitulé Tendances Récentes et Nouvelles Drogues (TREND). Ce programme se décline en sept coordinations locales<sup>1</sup> et vise à repérer les nouvelles tendances de consommations de produits psychoactifs. La coordination de chaque site d'observation est réalisée au niveau local et l'OFDT assure la coordination du réseau des sites. À Toulouse, Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées coordonne les investigations locales depuis 1999.

Cette année, l'OFDT s'est proposé de structurer ses investigations à la fois sur l'observation des phénomènes émergents mais aussi autour de deux thématiques spécifiques : « *Pratiques d'injection dans l'espace festif électronique alternatif* » et « *Femmes à la rue et toxicomanies* ».

Parallèlement le dispositif local a participé à l'étude multicentrique pilotée par le GRVS<sup>2</sup> pour TREND portant sur *les usagers cachés de cocaïne*, à l'étude bi-centrique sur *les usages de drogues dans l'espace festif gay* toujours pour le dispositif TREND ainsi qu'à l'étude multicentrique « *Usages problématiques de cocaïne, quelles demandes pour quelles réponses* » pilotée par l'ORMIP<sup>3</sup> pour le pôle d'évaluation des politiques publiques de l'OFDT.

Les investigations de 2007 se sont donc enrichies de ces différentes collaborations et ce rapport est le fruit d'un travail en équipe mené tout au long de l'année.

Les outils de collecte utilisés sont de différentes formes : entretiens qualitatifs, groupes focaux, observations ethnographiques.

Les investigations qualitatives reposent sur des entretiens semi-directifs adaptés à la réalité de chaque espace.

Au niveau des dispositifs de première ligne, trois entretiens ont été réalisés. Deux, avec les équipes de deux CAARUD de l'espace urbain, et un, avec le coordonnateur de la mission rave locale.

Cette année un groupe focal « respect et application de la loi » a été organisé alors que le groupe focal « santé » a été remplacé par différents entretiens semi-directifs avec les professionnels de santé.

Quatre chargés d'observation ethnographiques ont opéré dans différents milieux de l'espace urbain et de l'espace festif. Leurs objectifs étaient centrés particulièrement sur les consommations de produits psychoactifs et sur les phénomènes qui leur sont associés avec un œil averti sur les évolutions.

Les deux premières parties de ce rapport *Points de repère* et *Espaces et Usagers* permettent au lecteur d'avoir la vue d'ensemble nécessaire pour comprendre les contextes de ses investigations. La suite du rapport se centre l'ensemble des résultats des investigations sur *les phénomènes émergents* en matière de consommations de substances psychoactives et les conséquences associées.

---

<sup>1</sup> Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Toulouse, Paris, Rennes

<sup>2</sup> Groupe de Recherche sur les Vulnérabilités Sociales

<sup>3</sup> Observatoire Régional de la Santé en Midi-Pyrénées

## **Quelques points de repères**

---



Toulouse avec 435.000 habitants en 2005 est la quatrième ville de France en population. Préfecture de la Haute-Garonne et de la région Midi-Pyrénées, son agglomération regroupe 870.000 habitants, et son aire urbaine 1.120.000.

Quelques indicateurs de consommations des drogues<sup>4</sup>, disponibles au niveau régional et départemental, permettent de donner quelques points de repères au lecteur et d'éclairer le cadre des investigations du programme TREND 2007 sur la ville de Toulouse.

## Tabac

### Les consommations de tabac à 17 ans

|                              | Haute-Garonne |        |            |           | Midi-Pyrénées |           | Métropole |        |          |           |          |
|------------------------------|---------------|--------|------------|-----------|---------------|-----------|-----------|--------|----------|-----------|----------|
|                              | Garçons       | Filles | Ensemble   | Sex ratio | Ensemble      | Test Dép  | Garçons   | Filles | Ensemble | Test Dép  | Test Reg |
| Taille des échantillons      | 373           | 392    | <b>765</b> |           | 1793          |           | 14935     | 14458  | 29393    |           |          |
| Expérimentation de tabac (%) | 72            | 74     | <b>73</b>  | <i>ns</i> | 74            | <i>ns</i> | 71,0      | 73,5   | 72,2     | <i>ns</i> | *        |
| Usage quotidien de tabac     | 34            | 33     | <b>34</b>  | <i>ns</i> | 36            | *         | 33,6      | 32,3   | 33,0     | <i>ns</i> | **       |

Source : Escapad 2005, exploitation Haute-Garonne, OFDT

En 2005, à 17 ans, près de 4 adolescents sur 10 du département fument tous les jours, sans différence selon le sexe. Plus de 7 sur 10 ont expérimenté<sup>5</sup>

Si les expérimentations sont dans la moyenne régionale, les usages quotidiens sont inférieurs avec un écart significatif<sup>6</sup> part rapport aux données de Midi-Pyrénées.

Le département de la Haute-Garonne présente des expérimentations et des usages réguliers de tabac dans la moyenne nationale.

Les enquêtes successives menées depuis 2002 confirment, au niveau national comme en Midi-Pyrénées, une baisse sensible de l'usage actuel du tabac chez les adolescents de 17 ans. Si on peut considérer que l'usage quotidien reste stable en Midi-Pyrénées entre les deux enquêtes, l'expérimentation perd 6 points depuis l'enquête de 2002/03.

Tout laisse à penser que cette tendance est similaire dans le département de la Haute-Garonne.

### Un indicateur indirect de la consommation de tabac en population générale

#### Ventes de cigarettes par Habitant de 2000 à 2006

|                      | 2000        | 2001        | 2002        | 2003        | 2004       | 2005       | 2006       | Évolution 2000/2006 |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|---------------------|
| <b>Haute-Garonne</b> | <b>1277</b> | <b>1316</b> | <b>1240</b> | <b>1037</b> | <b>762</b> | <b>696</b> | <b>714</b> | <b>-44%</b>         |
| Midi-Pyrénées        | 1223        | 1255        | 1205        | 1018        | 766        | 716        | 736        | -40%                |
| France               | 1410        | 1426        | 1364        | 1168        | 921        | 901        | 890        | -37%                |

Source : Iliad 2006, exploitation Midi-Pyrénées, OFDT

<sup>4</sup> Suderie G., Fahet G., 2007, Tableau de bord des conduites addictives en Midi-Pyrénées, disponible sur demande à Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées ou sur le site Internet [www.graphiti-cirddmp.org](http://www.graphiti-cirddmp.org)

<sup>5</sup> L'expérimentation désigne le fait de déclarer déjà pris un produit au cours de sa vie, quel que soit le nombre de consommations

<sup>6</sup> Test de Chi-2 au seuil 0,05

Un indicateur indirect de l'usage de tabac est accessible à travers les données de ventes de cigarettes. En Haute-Garonne comme au plan national et régional, les ventes de cigarettes sont en diminution de 30 à 40% depuis 5 ans. Ces diminutions sont exponentielles, tout particulièrement de 2003 à 2004, tendance qui se confirme sur les années 2005 et 2006.

L'écart de diminution entre la Haute-Garonne et le national s'explique en partie par des possibles achats transfrontaliers. Idem lorsque l'on compare le département avec le Lot et le Tarn et Garonne géographiquement plus loin de l'Espagne.

De plus les différences de structures d'âges entre les territoires ne sont pas prises en compte par cet indicateur.

## Alcool

### Les consommations d'alcool à 17 ans

A 17 ans, l'immense majorité des jeunes a consommé de l'alcool au cours du mois précédant l'enquête. En 2005, en Haute-Garonne, un usage récent plus fort, un usage régulier plus faible. Les jeunes du département sont plus protégés à un usage régulier que les jeunes de Midi-Pyrénées<sup>7</sup>.

En Haute-Garonne comme en Midi-Pyrénées, près de 40% des garçons ont été ivres plus de 3 fois durant les 12 derniers mois (33% en moyenne nationale). La fréquence des ivresses répétées est bien moins élevée chez les filles mais l'écart par rapport à la moyenne nationale est le même (21% versus 18%).

On observe dans la région une augmentation des ivresses répétées par rapport à l'enquête 2002-2003 (31% contre 22%). Tout laisse à penser que cette tendance est similaire dans le département de la Haute-Garonne.

On note de façon claire des comportements face à l'alcool sexuellement différenciés avec une surreprésentation masculine systématique lorsque les usages et la fréquence des ivresses augmentent.

|                                | Haute-Garonne |        |            |           | Midi-Pyrénées |           | Métropole |        |          |           |          |
|--------------------------------|---------------|--------|------------|-----------|---------------|-----------|-----------|--------|----------|-----------|----------|
|                                | Garçons       | Filles | Ensemble   | Sex ratio | Ensemble      | Test Dép  | Garçons   | Filles | Ensemble | Test Dép  | Test Reg |
| Taille des échantillons        | 373           | 392    | <b>765</b> |           | 1793          |           | 14935     | 14458  | 29393    |           |          |
| Usage récent d'alcool (%)      | 85            | 84     | <b>84</b>  | <i>ns</i> | 84            | <i>ns</i> | 82,0      | 75,3   | 78,7     | ***       | ***      |
| Usage régulier d'alcool (%)    | 16            | 5      | <b>11</b>  | ***       | 14            | ***       | 17,7      | 6,1    | 12,0     | <i>ns</i> | *        |
| Ivresse au cours de la vie (%) | 73            | 53     | <b>63</b>  | ***       | 66            | <i>ns</i> | 63,3      | 49,6   | 56,6     | ***       | ***      |
| Ivresses répétées (%)          | 39            | 22     | <b>31</b>  | ***       | 31            | <i>ns</i> | 33,4      | 18,3   | 26,0     | **        | ***      |

Source : Escapad 2005, exploitation Haute-Garonne, OFDT

<sup>7</sup> Écart significatif avec un test de Chi-2 au seuil de 0,001

## Un indicateur indirect : accident corporel avec alcool<sup>8</sup>

Le nombre des accidents routiers en lien avec l'alcool diminue de 10% entre 2004 et 2006 mais représente toujours 40% des accidents corporels avec alcool de l'ensemble de Midi-Pyrénées.

**Évolution des accidents corporels avec alcool**

|                      | 2004       | 2005       | 2006       |
|----------------------|------------|------------|------------|
| <b>Haute-Garonne</b> | <b>135</b> | <b>126</b> | <b>121</b> |
| Midi-Pyrénées        | 336        | 321        | 343        |
| France               | 3233       | 6641       | 7347       |

Source : Iliad 2006, exploitation Midi-Pyrénées, OFDT

## Cannabis

### Les consommations de cannabis à 17 ans

En 2005, en Midi-Pyrénées, près de 6 garçons sur 10 et 5 filles sur 10 ont déjà expérimenté le cannabis à 17 ans. En 2005, les garçons sont plus nombreux à faire un usage régulier de cannabis : 16% en ont consommé plus de 10 fois au cours du mois précédant l'enquête dans le département. Les filles sont 9% dans ce cas.

Ces taux sont dans la moyenne régionale mais, supérieurs à la moyenne nationale que ce soit pour l'expérimentation ou l'usage régulier.

**Usage de cannabis à 17 ans en 2005**

|                                 | Haute-Garonne |        |          |           | Midi-Pyrénées |          | Métropole |        |          |          |          |
|---------------------------------|---------------|--------|----------|-----------|---------------|----------|-----------|--------|----------|----------|----------|
|                                 | Garçons       | Filles | Ensemble | Sex ratio | Ensemble      | Test Dép | Garçons   | Filles | Ensemble | Test Dép | Test Reg |
| Taille des échantillons         | 373           | 392    | 765      |           | 1793          |          | 14935     | 14458  | 29393    |          |          |
| Expérimentation de cannabis (%) | 61            | 48     | 55       | ***       | 53            | ns       | 53,1      | 45,5   | 49,4     | **       | **       |
| Usage régulier de cannabis (%)  | 16            | 9      | 13       | **        | 12            | ns       | 15,0      | 4,1    | 10,8     | ns       | ns       |

Source : Escapad 2005, exploitation Haute-Garonne, OFDT

### Interpellations pour usage de cannabis

Les interpellations pour usage de cannabis par les services du respect et d'application de la loi évoluent à la fois en raison de l'activité de ces services et ne reflètent que partiellement l'ampleur du phénomène. On notera que 40% des interpellations en Midi-Pyrénées sont réalisées dans le département de la Haute-Garonne.

**Nombre d'interpellations pour usage de cannabis**

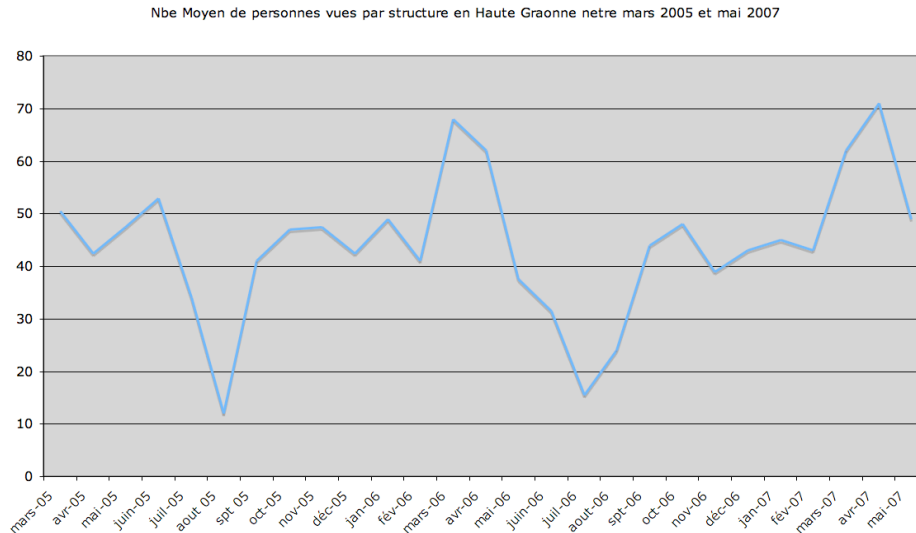
|                      | 2004        | 2005        | 2006        |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Haute-Garonne</b> | <b>1011</b> | <b>1031</b> | <b>1128</b> |
| Midi-Pyrénées        | 2704        | 2710        | 2750        |

Source : Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants OCRTIS 2006

<sup>8</sup> Nombre d'accidents dans lesquels au moins un des conducteurs impliqués a un taux d'alcoolémie supérieur ou égal à 0,5 g/l de sang, rapporté au nombre d'accidents corporels

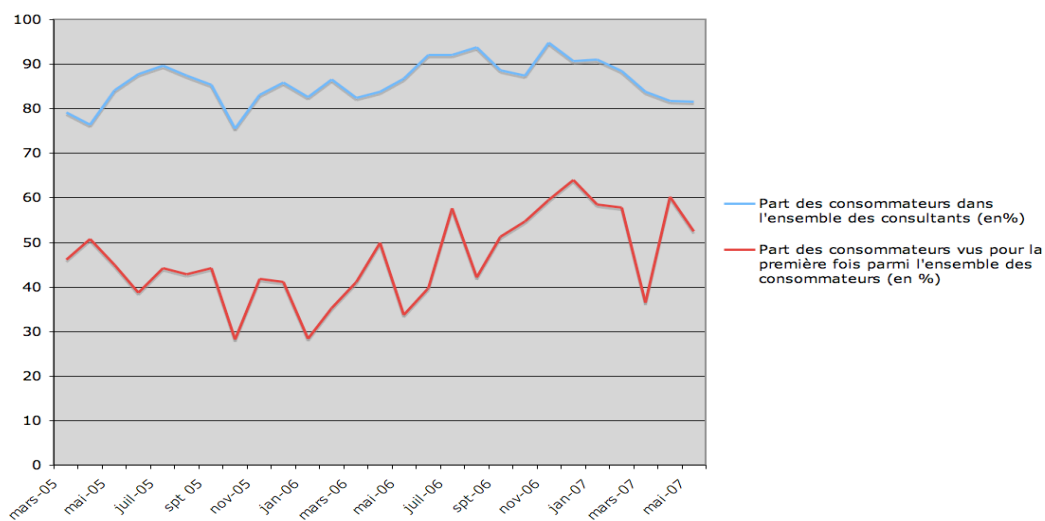
## Un autre point de repère : les consultations cannabis

Pour les jeunes en difficultés, des consultations spécifiques cannabis ont été mises en place dont deux à Toulouse : Hôpital Joseph Ducuing et Centre Maurice Dide CHU Toulouse. Les deux graphiques suivants font état de la file active des structures de la Haute-Garonne. On remarquera la bonne santé de ces services dans le département puisqu'en moyenne, elles reçoivent 2,5 fois plus de personnes que la moyenne nationale (44 personnes en moyenne pour les structures de Haute-Garonne entre mars 05 et mai 07 contre 17 pour la moyenne nationale<sup>9</sup>)



Toujours en observant les files actives des structures de la Haute-Garonne, on remarque que celle-ci se renouvelle avec une part de consommateurs vus pour la première fois qui augmente depuis le second semestre 2006.

### Part des consommateurs pris en charge par consultations cannabis en Haute-Garonne entre mars 2005 et mai 2007



<sup>9</sup> Bilan de deux ans d'activité (de mars 2005 à février 2007), Recueil mensuel d'activité des consultations cannabis, OFDT, 2007

En Haute-Garonne, on remarque que les publics accueillis ne correspondent pas exactement au public attendu c'est-à-dire les mineurs, jeunes adultes et leur entourage; en effet un nombre significatif d'adultes consommateurs dépendants fréquentent ces consultations.

## Autres produits

Dans cette partie, nous regroupons différentes classes de produits :

- Les opiacés : héroïne, opium et dérivés, Traitements de substitution des opiacés détournés de leur usage thérapeutique (buprénorphine haut dosage, méthadone, codéine, sulfate de morphine)
- Les stimulants : cocaïne, amphétamines, ecstasy/MDMA, pipérazine
- Les hallucinogènes : psilocybes naturels, LSD, kétamine
- Les médicaments non opiacés détournés de leur usage : benzodiazépines

## Les consommations de produits illicites à 17 ans

En dehors du cannabis, l'expérimentation des produits illicites reste rare à 17 ans, et concerne essentiellement des substances hallucinogènes, les poppers ou l'ecstasy.

3% des jeunes environ ont expérimenté des **hallucinogènes**, 8% des **poppers** et 3% de **l'ecstasy**. Ces prévalences sont similaires au niveau régional et national.

Si on considère les **médicaments psychotropes** à 17 ans, on remarque une consommation chez les adolescents, le plus souvent épisodique et plus spécifiquement féminin<sup>10</sup>. Les trois classes pharmaceutiques considérées ici sont les hypnotiques, les anxiolytiques et les antidépresseurs. Ces médicaments sont utilisés le plus souvent dans un cadre thérapeutique (sur prescription médicale) mais aussi parfois en automédication et plus rarement dans un but toxicomane (mésusage).

Les niveaux de consommation sont relativement uniformes sur l'ensemble du territoire. Les usages de psychotropes en Midi-Pyrénées se situent, pour les deux sexes, dans la moyenne nationale.

|  | Haute-Garonne |        |            |           | Midi-Pyrénées |          | Métropole |        |          |          |          |
|--|---------------|--------|------------|-----------|---------------|----------|-----------|--------|----------|----------|----------|
|  | Garçons       | Filles | Ensemble   | Sex ratio | Ensemble      | Test Dép | Garçons   | Filles | Ensemble | Test Dép | Test Reg |
| Taille des échantillons                | 373           | 392    | <b>765</b> |           | 1793          |          | 14935     | 14458  | 29393    |          |          |
| Exp. de médicaments psychotropes (%)   | 11            | 29     | <b>20</b>  | ***       | 19            | ns       | 11,3      | 28,6   | 19,9     | ns       | ns       |
| Exp. de champignons hallucinogènes (%) | 4             | 3      | <b>4</b>   | ns        | 4             | ns       | 5,2       | 2,1    | 3,7      | ns       | ns       |
| Expérimentation de poppers (%)         | 8             | 6      | <b>7</b>   | ns        | 7             | ns       | 6,3       | 4,8    | 5,5      | *        | ns       |
| Expérimentation d'ecstasy (%)          | 3             | 2      | <b>2</b>   | ns        | 3             | ns       | 4,2       | 2,8    | 3,5      | ns       | ns       |
| Expérimentation de cocaïne (%)         | 3             | 2      | <b>2</b>   | ns        | 3             | ns       | 3,0       | 2,0    | 2,5      | ns       | ns       |
| Expérimentation d'héroïne (%)          | 0             | 0      | <b>0</b>   | nd        | 1             | *        | 0,8       | 0,6    | 0,7      | ns       | ns       |

Source : Escapad 2005, exploitation Haute-Garonne, OFDT

<sup>10</sup> Écart significatif avec un test de Chi-2 au seuil de 0,001

## Interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne ou d'ecstasy

Les interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne ou d'ecstasy évoluent selon l'activité de ces services et ne reflète que partiellement l'ampleur du phénomène. On notera qu'environ 60% des interpellations en Midi-Pyrénées sont réalisées dans le département de la Haute-Garonne.

**Nombre d'interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne ou d'ecstasy**

|               | <b>2004</b> | <b>2005</b> | <b>2006</b> |
|---------------|-------------|-------------|-------------|
| Haute-Garonne | 123         | 131         | 137         |
| Midi-Pyrénées | 183         | 211         | 238         |
| France        | 7816        | 8523        | 8636        |

Source : Office central pour la répression du trafic illicite de stupéfiants OCRTIS 2006

## Élément de diagnostic : NEMO, un éclairage sur le nombre d'usagers de drogues « à problèmes »

A l'exception du cannabis, les fréquences d'usage des autres substances illicites sont trop faibles en population générale adulte pour représenter les phénomènes de consommation dans leur aspect géographique et les enquêtes en population générale ne permettent pas d'évaluer l'importance de ce problème. Néanmoins, une étude réalisée en 1999 et renouvelée en 2006 apporte quelques informations sur le plan local.

Cette étude, basée sur la méthode « capture-recapture » vise à estimer la prévalence de l'usage problématique de drogues (c'est-à-dire un usage susceptible d'entraîner des dommages importants sur le plan sanitaire, social ou pénal) à partir de l'activité des différents services ayant pu accueillir des toxicomanes. Elle a été réalisée dans cinq grandes villes françaises, dont Toulouse.

Les substances prises en compte sont les opiacés (y compris les traitements de substitution), les stimulants (cocaïne, crack, autres stimulants) et les hallucinogènes.

Réalisée par l'ORMMIP pour l'OFDT, l'enquête NEMO s'est déroulée sur une période de six mois en 2005/2006. Son objectif était d'estimer la prévalence de l'usage problématique de drogues dans six agglomérations françaises dont Toulouse et dans un département d'outre-mer : l'usage problématique s'entendant comme un usage risquant d'entraîner une visibilité des consommateurs par les structures sanitaires, sociales ou répressives.

En 2005-2006, le nombre d'usagers de drogues à problèmes a été estimé à près de 5 400 dans l'agglomération toulousaine. Ces usagers sont majoritairement des hommes (75%) d'âge moyen de 34,4 ans. Près d'un usager sur trois ne bénéficie pas d'un logement stable et 15% sont SDF. 2% d'entre eux ne disposent pas d'une couverture maladie, 57% n'ont pas de couverture complémentaire.

Le taux de prévalence de l'usage des opiacés et de la cocaïne est en nette augmentation par rapport au taux estimé en 1999 dans la même enquête. Le nombre d'usagers en 1999 avait été estimé à 2 800 avec un taux de prévalence dans la population totale de 4,3%. L'analyse et l'interprétation de ces évolutions sont encore en cours.

**Estimation du nombre d'usagers de drogues à problèmes dans l'agglomération toulousaine en 2005-2006**

|                  | Effectif | IC 95%        | Prévalence<br>(pop globale) *<br>‰ | IC 95%      | Prévalence<br>(15-59 ans)*<br>‰ | IC 95%       |
|------------------|----------|---------------|------------------------------------|-------------|---------------------------------|--------------|
| Tous usagers     | 5 378    | [4131 - 6625] | 7,1                                | [5,4 - 8,7] | 10,7                            | [8,2 – 13,1] |
| Opiacés, cocaïne | 5 167    | [3947 - 6323] | 6,8                                | [5,2 - 8,3] | 10,2                            | [7,8 – 12,5] |

\*sur la base du recensement 1999

**Sources NEMO, ORSMIP-OFDT, INSEE 2006**

## **Les Espaces et les Usagers**

---



## Espace Urbain : peu d'évolutions en 2007

### Rappel des évolutions entre 2001 et 2006

Pour donner quelques points de repères au lecteur, nous reprenons l'analyse de 2006 sur les publics fréquentant les dispositifs de réduction des risques de cet espace. Cette analyse s'appuie sur les enquêtes successives qui se sont déroulées dans le cadre du dispositif TREND en 2001, 2002 et 2003, ainsi que l'enquête PRELUD<sup>11</sup> 2006, réalisées au sein des deux structures de bas seuil situées à Toulouse : la boutique « Intermède » et l'association AIDES.

L'objectif, ici, n'est pas de présenter à nouveau les analyses complètes réalisées pour ces trois études mais plutôt de mettre en perspective les évolutions les plus « marquantes » sur les années 2001, 2002, 2003 et 2006 notamment sur le plan des caractéristiques des usagers.

L'exercice de comparaison, qui est réalisé ici, ne peut cependant fournir des résultats robustes en raison de la faiblesse des effectifs d'usagers interrogés lors de ces quatre enquêtes : 119 personnes ont participé en 2001, 59 en 2002, 61 en 2003 et 115 en 2006. On ne peut pas non plus exclure de façon formelle la présence de « doublons » présents sur plusieurs enquêtes consécutivement. On dispose de cinq années consécutives pour apprécier des tendances.

Les principales caractéristiques sociales ont légèrement varié entre 2001 et 2006, même si quelques éléments doivent être contextualisés.

### Caractéristiques sociales des usagers de structures de première ligne entre 2001 et 2006

|                           |                          | 2001 | 2002 | 2003 | 2006 <sup>12</sup> |
|---------------------------|--------------------------|------|------|------|--------------------|
|                           |                          | %    | %    | %    | %                  |
| Sexe                      | - hommes                 | 87,4 | 93,2 | 86,9 | 77,4               |
|                           | - femmes                 | 12,6 | 6,8  | 13,1 | 22,6               |
| Age moyen                 |                          | 32,1 | 33,5 | 33,2 | 31,5               |
| Age moyen                 | - hommes                 | 32,4 | 33,9 | 32,8 |                    |
|                           | - femmes                 | 29,7 | 28,7 | 35,5 |                    |
| Age                       | - < 25                   | 13,6 | 13,6 | 10,2 | 27,8               |
|                           | - 25-30                  | 29,7 | 16,9 | 32,2 | 20,9               |
|                           | - 31-35                  | 24,6 | 23,7 | 13,6 | 19,1               |
|                           | - 36 et +                | 32,2 | 45,8 | 44,1 | 37,8               |
| Logement                  | - stable <sup>13</sup>   | 65,5 | 55,9 | 52,5 | 44,3               |
|                           | - précaire <sup>14</sup> | 34,5 | 44,1 | 47,5 | 55,7               |
| Pas de couverture sociale |                          | 7,6  | 8,6  | 6,6  | 10,4               |

L'âge moyen des usagers est également resté stable autour de 33 ans, même si on constate sur les données de 2005 que cet âge moyen est le plus faible (31,5 ans). On remarque entre 2001 et 2003 la catégorie des moins de 25 restait stable avec même une légère diminution en 2003 (10,2%) alors qu'en 2006, les moins de 25 ans correspondaient à 27,8% des personnes ayant répondu à l'enquête.

<sup>11</sup> PRELUD est une enquête quantitative réalisée périodiquement auprès des usagers des structures de première ligne de soutien aux usagers de drogues. Des prélèvements biologiques sont associés au questionnaire habituel

<sup>12</sup> Enquête PRELUD

<sup>13</sup> Stable : Possibilité de passer au moins les 6 prochains mois dans le même logement (logement indépendant ou chez des proches ou en institution)

<sup>14</sup> Précaire : Impossibilité de rester dans le même logement au cours des 6 prochains mois (hébergement en institution, squat, Sans Domicile Fixe, hôtel...)

En 2001, un tiers des usagers sont en situation précaire au regard du logement, près de la moitié les années suivantes. En 2006, on note que la part des personnes en logements précaires est à la hausse (55,7% en 2006 contre 47,5% en 2003, 44,1% en 2002 et 34,5% en 2001).

On n'observe pas de variations marquées concernant les ressources : la grande majorité des personnes interrogées perçoit soit le RMI soit les ASSEDIC, alors que 14 à 18% ne disposent d'aucune ressource, 21,7% pour l'enquête de 2006.

La proportion de personnes ne disposant d'aucune couverture sociale est également restée stable entre 2001 et 2003 (entre 7 et 8%) et a légèrement augmenté en 2006 (10,4%) sachant que toujours en 2006, 62,6% des personnes interrogées bénéficient de la CMU.

Des variations de la situation sociale selon l'âge s'observent de façon récurrente au cours des différentes enquêtes. Les usagers les plus jeunes cumulent régulièrement davantage de facteurs de précarité. Ils sont en effet plus nombreux à être dépourvus de couverture sociale, à ne disposer d'aucun revenu et à vivre dans un logement précaire.

Plus de 90% des usagers interrogés en 2001 et 2002 avaient pratiqué un dépistage VIH et VHC, ils étaient un peu moins nombreux en 2003, 95% en 2006. Le taux de personnes ignorant leur statut sérologique apparaît donc relativement faible mais, est cependant, significatif dans une population à risque telle que celle-ci.

Les résultats des tests fournissent une estimation voisine de 6 à 7% d'usagers séropositifs pour le VIH, et de 40 à 60% pour le VHC.

Il est impossible de mesurer des évolutions, compte tenu des échantillons dont on dispose, on ne peut que constater la forte prévalence du VHC et une certaine constance pour le VIH.

Comme dans de nombreuses études, on peut également observer une relation tout à fait nette entre les prévalences du VIH et du VHC et l'âge des usagers. Ces prévalences croissent avec la durée d'exposition aux risques et sont systématiquement plus élevées chez les sujets les plus âgés, tout particulièrement pour le virus de l'hépatite C.

### **En 2007 : trois populations repérées par les observateurs de cet espace**

Les anciens héroïnomanes sous substitution sont la première population repérée sur le site. Pour la définir reprenons la définition donnée par le dispositif national TREND dans son rapport de janvier 2008<sup>15</sup>.

*« Les anciens héroïnomanes sous substitution sont en général assez âgés par rapport à l'ensemble des usagers de drogues (de 35 ans à plus de 40 ans). Ils constituent, si l'on peut dire, la population « traditionnelle » des centres de soins spécialisés. Parmi eux, les situations du point de vue de l'insertion sociale sont variées : certains ayant pu réintégrer une vie sociale « normalisée » tandis qu'un certain nombre, n'ayant pas encore stabilisé leur parcours addictif, a pu développer des co-dépendances. Chez ces dernières, l'alcool est particulièrement en cause, mais également la cocaïne depuis quelques années, parfois injectée ou consommée sous forme de free base. L'héroïne et la cocaïne sont, en fonction des possibilités financières, également consommées sous forme « d'extra » pour casser la monotonie d'un traitement régulier ».*

À côté de ces populations relativement âgées une population de jeunes « errants » est décrite depuis plusieurs années La note « Usagers marginaux, jeunes en errance, nomade ou en précarité »<sup>16</sup> du rapport local du site TREND de 2005 fait le point sur ces populations de

<sup>15</sup> Cadet-Taïrou A. et Coll., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006 Huitième rapport national du dispositif Trend, OFDT, 191p., Février 2008, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap08/epfxaco2.html>

<sup>16</sup> Escots S. Rapport local du site de Toulouse 2006 sur les phénomènes émergents liés aux drogues en 2005, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/trendloc.html>, 2006

l'espace urbain. Sans reprendre l'intégralité de ce travail, nous retiendrons différentes catégories de jeunes en errance, toujours repérées en 2007 :

- Les jeunes en errance, nomades en voie de désaffiliation
- Les jeunes en errance ou précaires en situation de désaffiliation
- Les jeunes en errance, précaires, en quête d'affiliation
- Les jeunes nomades ou précaires en quête d'affiliation alternative

En 2007, les usagers précaires à forte morbidité psychiatrique sont décrits à plusieurs reprises par les acteurs de la réduction des risques de cet espace. Ces usagers en situation d'extrême précarité semblent rejetés par les structures psychiatriques. Leur suivi par les structures de soins dédiées aux usagers de drogues s'avère également très difficile, mais semble être leur seul recours.

## **Espace festif : là encore, peu d'évolutions**

### **Quatre groupes d'affinité dans l'espace festif électronique**

L'étude *Substance psychoactives chez les amateurs de l'espace festif électronique* a posé une typologie composée de quatre groupes d'affinité, sous populations homogènes tant par le vécu identitaire que par la perception du groupe par les observateurs extérieurs<sup>17</sup>.

Nous reprenons cette catégorisation car elle est très opérationnelle pour observer le phénomène dans cet espace sur le site.

- *Les membres du groupe d'affinité « Soirées Urbaines » se retrouvent généralement dans des bars musicaux, plus rarement dans des espaces loués pour des soirées rassemblant moins de mille personnes, exceptionnellement à l'extérieur, lors d'un festival Electro. Cette population serait plus insérée socialement et idéologiquement que les amateurs de soirées alternatives, et est notamment plus souvent étudiante. Elle apparaît cependant composée de personnes qui revendiquent aussi une image décalée et contestataire. Les bars musicaux qu'ils fréquentent sont souvent situés dans les centres historiques des agglomérations. Les personnes qui constituent ce groupe d'affinité se définissent comme plus mélomanes que les autres groupes qui appartiennent à la grande famille Electro : un lieu est avant tout sélectionné pour la qualité de sa programmation musicale.*
- *Les membres du groupe d'affinité « Clubbing » se réunissent dans des boîtes de nuit dédiées à la musique électronique et étiquetées « Club Electro ». Ce groupe est essentiellement constitué d'une population hédoniste, qui consacre un budget important à ses sorties et à son habillement. Des établissements dits « Gay Friendly » font toujours partis des lieux fréquentés par ce groupe. Les membres de ce groupe d'affinité privilégient souvent le goût de la danse sur celui de la musique ; pour eux, la notion de « faire la fête » se nourrit des soirées mythiques d'Ibiza. La logique de séduction préside dans leurs rapports sociaux, de façon beaucoup plus visible et explicite en tout cas que dans les deux groupes d'affinité précédents. Même si certaines personnes peuvent se sentir assez proches de l'esprit des soirées rave du milieu alternatif, tous les membres du groupe se définissent généralement comme une anti-thèse de l'espace alternatif version free party et musique Hard-core.*

---

<sup>17</sup> Reynaud Maurupt C., Cadet-Tairou, Substances psychoactives chez les amateurs de l'espace festif Électro, tendances n°56, OFDT, Octobre 2007

- *Les membres du groupe d'affinité « Select » se concentrent dans des boîtes de nuit dont les portes ne s'ouvrent que sur cooptation et dans des bars musicaux d'accès libre, mais où s'opère une sélection à l'entrée, du fait de l'obligation d'une tenue correcte. C'est une population qui cultive l'entre-soi, et une image chic et branchée ; elle pratique une culture de la distinction au travers de l'apparence, via l'habillement ou d'autres attributs tel la voiture. Les individus qui composent ce groupe d'affinité semblent se percevoir comme une sorte de Jet Set et leur niveau de vie apparaît plus élevé que celui des membres des autres groupes d'affinité. Par contre, les membres des autres groupes d'affinité considèrent les lieux de prédilection « Select » comme des lieux 'bourgeois', dont ils décrivent la programmation musicale.*
- *Le groupe d'affinité « Alternatif » regroupe les amateurs de free parties et de raves parties. Les free parties se déroulent le plus souvent sans autorisation légale, à l'extérieur dans un coin de nature ou sur des sites industriels abandonnés. Les amateurs de free party revendiquent une image décalée et de « contre-culture ». Les travellers, qui vivent en camion et cheminent de manifestations festives en manifestations festives sur le sol européen, mènent une vie qui constitue pour nombre de participants des free parties le style de vie idéal. Une partie d'entre eux adopte d'ailleurs ce mode de vie durant les congés scolaires, universitaires, ou entre deux périodes de travail temporaire. Les raves parties rassemblent jusqu'à six mille personnes pour des soirées événementielles payantes organisées dans de grands espaces ou en plein air pendant la saison estivale. Les participants des raves parties revendiquent eux aussi une image 'décalée', mais teintée d'une composante plus hédoniste.*

## **L'espace festif alternatif sur le Site**

En 2006, nous proposons une catégorisation de l'espace festif alternatif<sup>18</sup>. Trois sous-populations sont identifiées par les termes de « fondateurs », « expérimentateurs » et « satellites ». Elles permettent de mieux comprendre la diversité des publics rencontrés dans cet espace.

### **Les fondateurs**

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

### **Les Expérimentateurs**

Les expérimentateurs, plus jeunes, apparaissent comme des « consommateurs » du milieu festif alternatif. Ils s'identifient de façon plus lointaine à la culture alternative dont ils ne

<sup>18</sup> Sudérie G. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006 sur le site de Toulouse, Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées, OFDT, septembre 2007, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/trendloc.html>

connaissent ni les codes, ni la philosophie. Leur démarche festive est parfois motivée par la recherche de produits psychotropes, même si c'est l'expérimentation de la démarche alternative au sens large qui est moteur. Sédentaires, ils vivent, pour les plus jeunes, lycéens, encore chez leurs parents. Les modes d'usage imitent ceux des fondateurs mais la méconnaissance des repères traditionnels de cet espace tend à faire reculer la stigmatisation dont l'injection faisait l'objet jusqu'alors. Ils sont souvent assez ignorants des pratiques de réduction des risques.

### **Les Satellites**

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

### **Un Teknival à 5000 personnes...**

Le Teknival du Sud s'est tenu en Ariège, plus précisément à la Tour de Crieux, les 21, 22 et 23 septembre 2007. Un important dispositif était prêt à recevoir 20 000 personnes. Pourtant seulement 5000 personnes sont venues faire la fête lors de ces trois jours. Pour les acteurs de la réduction des risques, « *Le teknival a accueilli un public très hétérogène avec une majorité des jeunes de 15/25 ans, de populations très locales et de familles curieuses de voir ce que c'était* ». Toujours selon les acteurs, « *il s'agissait d'un public local, connu pour avoir des pratiques d'injection régulières, en majorité en recherche de produits plus que des voyageurs* »

Pour les acteurs réunis lors d'un groupe focal, « *Au-delà des 700 seringues stériles distribuées et récupérées, aucun problème majeur n'est à signaler* ». Idem du côté des observateurs ethnographiques qui soulignent à la fois le peu de monde présent et les pratiques d'injection. Autrement dit ce Teknival n'a pas attiré les foules. La concurrence d'événements sauvages aux alentours de Narbonne et de Barcelone qui ont attiré « *les gros sons* » a transformé ce rassemblement en une grosse rave partie, encadrée par des cordons de gendarmerie.

## **Les opiacés**

---

Selon le rapport national TREND<sup>19</sup>, les opiacés constituent une famille de produits dérivés de l'opium, substance provenant de la culture du pavot. La morphine (ou sulfate de morphine) est le produit de référence de cette famille. Le terme « opiacés » désigne aujourd'hui l'ensemble des substances ayant un effet de type morphinique.

En France, les opiacés recouvrent diverses catégories de produits, à commencer par les substances illicites, produites clandestinement, comme l'héroïne, l'opium ou le rachacha. Mais il existe également une gamme de médicaments à base d'opiacés, produits par des laboratoires pharmaceutiques. On peut distinguer deux grands types d'utilisation : les médicaments indiqués pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres analgésiques (codéine, sulfates de morphine), les médicaments de substitution aux opiacés (méthadone et buprénorphine haut dosage ou BHD).

## **Héroïne**

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

Trois modes d'administration de l'héroïne existent en France : l'injection, le sniff et, moins fréquemment, l'inhalation ou fumette (chasse au dragon). Schématiquement, l'injection domine au sein des populations qui fréquentent les structures de première ligne. Le sniff et dans une moindre mesure la « fumette » sont les modes d'administration prédominants de la population rencontrée au sein des événements festifs électroniques techno.

### **Situation sur le site**

Pendant longtemps, suite à la mise en place des traitements de substitution, les différentes sources interrogées faisaient état d'une stabilisation des pratiques cantonnées à la marge. Les investigations 2006 faisaient un état d'un retour mesuré de l'héroïne sur le site, tendance qui se confirme en 2007.

La presse locale en juin, en juillet, en octobre et en novembre signale des saisies plus ou moins importantes (jusqu'à un kilo). Cet indicateur, même s'il est en lien étroit avec l'activité des services répressifs qui communiquent sur ces affaires, montre des signes d'une disponibilité plus forte puisqu'en 2006, aucune information du côté de la presse sur ce produit ne peut être répertoriée.

Dans l'espace urbain, la disponibilité est à la hausse ces deux dernières années. Au-delà des spécificités des files actives, des représentations de chacun des intervenants sur le sujet, l'héroïne retrouve une place sur le marché de l'espace urbain. Elle reste loin derrière la buprénorphine haut dosage (BHD) chez les populations précaires mais est dans une dynamique à la hausse pour d'autres populations. Des cas d'usagers pour qui l'héroïne est (ou est redevenue) le premier produit de consommation, sont clairement identifiés. Les observateurs font état d'une part des usagers, pas seulement des héroïnomanes substitués, ayant accès à l'héroïne qui compensent les périodes de manque par la consommation de BHD. L'hypothèse d'une plus grande vulnérabilité des usagers en contact avec les réseaux de deal est claire même si l'accessibilité est parfois complexe pour les personnes les plus précaires.

---

<sup>19</sup> Cadet A. et coll. 2008, Op. Cit.

Dans l'espace festif alternatif, les consommations d'héroïne sont repérées depuis 2005. L'évolution, sensible en 2005, nette en 2006, et les témoignages, rapportés sur le sujet par les observateurs, doivent être replacés dans une chronologie déjà amorcée il y a plusieurs années. En interrogeant les carrières de ces usagers, on se rend compte que cette tendance débute bien en avant. Autrement dit, la divulgation de pratiques jusqu'alors « cachées » apparaît comme les premiers cas de dépendance, voire de demandes de soins. En effet, les consommations dites « *de descentes* » se sont transformées pour certaines en usages réguliers, voire problématiques.

Ce produit, dans cet espace n'est pas réservé à certains milieux. Le mélange des milieux, accéléré par les transformations de cet espace, ainsi que la perte d'identification aux normes « Techno », à l'origine de ce mouvement culturel ou simplement leurs évolutions sont autant d'éléments propices à la transformation des consommations et des pratiques d'usage en général, et d'héroïne en particulier. Cette divulgation dans l'espace festif ne correspond pas à une normalisation des pratiques car les usages restent cachés pour la plupart. L'espace festif électronique, vecteur culturel qui a importé les molécules de synthèse stigmatise les usages d'opiacés même si les démarches individuelles de consommations d'héroïne se transforment en démarches collectives où des sous-groupes se constituent autour de cet usage différent.

### **Tendance en évolution sur le site en 2007**

Prévisible à partir des investigations de 2006, l'augmentation de la disponibilité de l'héroïne sur le site est repérée par tous les acteurs du dispositif. Pour les services de police, « *nous, en ce qui nous concerne, on a constaté un retour de l'héroïne (...) cette tendance se fonde sur les saisies, sur les renseignements et sur ce qui se passe ailleurs* ». Le même constat est fait du côté des services de soin et de la réduction des risques. « *On a l'impression même si c'est difficile à quantifier, qu'on voit beaucoup plus de gens défoncés à l'héro, plus de gens qui piquent du nez ça c'est clair (...) la boucle est bouclée...* », confirme cet observateur.

Pour les services de police, « *les filières d'héroïne sont différentes de celle du cannabis et de la cocaïne où là c'est plutôt dans les quartiers* ». Peu d'éléments dans les investigations permettent de faire des conclusions sur l'évolution du trafic, pourtant la diffusion augmente.

Le chargé d'observation de l'espace urbain évoque une nouvelle filière, « *on me parle de gens de l'Est qui en auraient aussi et qui dealeraient pas mal* ». De plus, pour cet usager « *plus de gens vont en Hollande régulièrement et en ramènent à coup de 50 ou 100 grammes. J'ai ma nièce par exemple qui refait des conneries, qui s'est fait un petit voyage, elle me dit « tu ramènes 10/20 grammes de brown, les doigts dans le nez, sans problèmes »* ». Malgré un manque évident de données sur le sujet, on peut penser que l'augmentation de la diffusion passe soit par de nouvelles filières, peut être via des populations originaires des pays de l'Est, soit par simplement par l'augmentation du micro-traffic.

Toujours, pour le chargé d'observation de l'espace urbain, « *les prix bougent peu, c'est plutôt les façons de vendre qui évoluent* ». En effet, si « officiellement » le prix du gramme ne varie pas, autour de 60 euros le gramme, pour beaucoup d'usagers « *avec les mauvaises qualités actuelles, c'est comme si tu payais 100 euros le gramme* ». Ces observations empiriques sont confirmées par les analyses du dispositif SINTES et ceux du laboratoire toxicologique de la brigade des stupéfiants qui relèvent des concentrations relativement faibles dans les échantillons collectés ou saisis. « *Les ventes de paquets ou de 1/2 paquets respectivement à 30 ou 15 euros redeviennent à la mode* » observe le chargé d'observation de l'espace urbain. Pour cet usager, « *tu n'as jamais 1 gramme dans le paquet, donc il vaut mieux acheter un paquet à 15 euros, au moins t'es sûr de planer pendant quelques heures, alors que t'es sûr de ne jamais avoir le gramme, jamais le demi gramme, c'est toujours recoupé* ».



À noter, les services du respect et de l'application de la loi n'identifient pas une hausse de la délinquance associée. Pour le Parquet, « *on n'a pas des violences associées, sur Toulouse, en tous cas ceux qui passent en comparaison immédiate, pour les vols du week-end ou de la nuit, on n'a pas de toxicomanes qui ont braqué* ».

Autrement dit, si on a un « retour » de l'héroïne, le niveau de diffusion et les conséquences sont très différentes de celles des années 80-90 dans une configuration du marché des drogues qui a bien évolué.

Pour un observateur des services de police, « *on n'a pas encore atteint le niveau de toxicomanie à l'héroïne qu'on avait autrefois* ». Toutefois on peut penser que même si l'augmentation de la diffusion de l'héroïne ne fait pas émerger des problèmes sociaux et sanitaires dans les mêmes formes et proportions qu'antérieurement, un phénomène sourd et invisible s'amorce.

### **Espace urbain : augmentation de la disponibilité sur un marché qui s'est transformé**

Pour la réduction des risques, « *Oui, il y a une petite augmentation* » ou « *je pense que cette année, il y a eu un peu plus d'accès sans forcément avoir un usage quotidien. On a senti un peu cette présence de l'héroïne, mais sans effectivement que ça devienne un boum, quelque chose qui soit problématique pour les gens* ». En effet, l'héroïne est présente dans les populations de l'espace urbain mais dans une articulation avec les autres « opiacés » déjà présents sur l'espace. Pour un observateur, « *on parlait du retour de l'héroïne, à mon avis, il y a un retour de l'héroïne, mais ça n'a rien avoir avec ce qui a été il y a quelques années* ». En effet, disponibilité ne rime pas avec accessibilité.

La concurrence est rude. Le Subutex®, une molécule sans flash générant peu de plaisir permet de pallier un manque. Cette molécule allie un prix modeste et un label de qualité, puisqu'elle est vendue sous forme de comprimé et est directement issue de la pharmacie. De l'autre côté, l'héroïne allie un plaisir avec une incertitude sur la qualité et un prix relativement plus élevé. Dans cette configuration, pour les anciens héroïnomanes substitués, cette hausse de la diffusion reconfigure la donne entre BHD détournée et héroïne mais ne révolutionne pas les pratiques. L'héroïne n'a repris la première place que pour quelques usagers du fait d'une accessibilité moindre face à la BHD.

Pour les jeunes en errance, le constat est le même. La demande de soin pour l'héroïne est en augmentation chez des populations à la rue, jeunes, voire très jeunes. Pour un médecin de CSST, « *on voit des gens jeunes aussi puisque avant les héroïnomanes avaient quand même la vingtaine. Maintenant, on voit des jeunes de 16-17 ans qui ont déjà touché à tous les produits. Tous ces jeunes en errance, ça, on en voit de plus en plus* ». La rencontre entre le dispositif de soin et ces populations repérées depuis plusieurs années par les dispositifs de premières lignes se fait autour de la problématique héroïne. Un problème, aux stigmates facilement identifiables car en lien avec le manque physique propre à cette molécule, un dispositif rodé pour répondre à ce type de demande grâce à une large palette d'outils thérapeutiques et une longue expérience de prise en charge, permettent à ces jeunes de rentrer dans le dispositif de soin.

Ces jeunes en errance ne sont pas (ou plus) des populations appartenant à l'espace festif alternatif même s'ils sont toujours en quête d'affiliation alternative. La dénomination « *rabla* » usité habituellement dans cet espace est préférée à celle d'héroïne. Pour ce même acteur de santé, « *ce sont des jeunes en recherche identitaire, donc ils s'identifient à travers leurs pratiques collectives. On en revient toujours aux questions de représentations. C'est comme pour les opiacés, les jeunes qui prennent du Subutex®, ce ne sont pas des vrais tox. C'est une drogue qui est froide, alors que l'héro, là, c'est de la vraie came. Ils ont toujours ce genre de représentations* ». Les systèmes de représentation de ces jeunes usagers attribuant la

définition de drogue ou non, à tel ou tel produit, voire à telle ou telle pratique complexifient la compréhension du phénomène. Dans cette « contre-culture », où comme le souligne un médecin du dispositif « *l'effet de groupe, vis-à-vis des jeunes, c'est fort* », les usages d'héroïne sont valorisés face aux consommations de Subutex® détournées.

Pour cet observateur de cette population, « *s'injecter du Subutex®, ce n'est pas se droguer, c'est vraiment quand on n'a pas le choix. On n'est pas un vrai tox, on est un déchet, un vrai tox c'est celui qui prend de la came* ». Autrement dit, dans le système de représentation de ces groupes, la place de l'héroïne est valorisée au point d'être un élément d'identification conditionnant l'appartenance et donc l'affiliation.

### **Articulation Héroïne/Médicaments de substitution**

L'organisation héroïne/BHD/méthadone est depuis longtemps complexe. Pour preuve, le témoignage de cette usagère de cocaïne base dont le conjoint est aujourd'hui sous traitement de substitution à la méthadone et qui décrit un parcours de soin des plus atypiques : « *Tu sais comment mon mec a arrêté le Sub ? Avec l'héro. Il s'est remis à l'héro pour arrêter le Sub. Et en fait le manque de Sub était d'autant plus insupportable, d'autant plus merdique, qu'il s'est remis à l'héro. Pour entrer dans un programme Méthadone, sinon il ne pouvait pas y rentrer et c'est pour cela qu'il est sous méthadone. Il a commencé à 80mg par jour, et aujourd'hui il est à 10mg en cinq ans c'est pas mal quand même* ». Si les traitements de substitution ont permis de faire reculer pendant longtemps l'empathie pour l'héroïne, la détérioration de l'image des médicaments de substitution, et particulièrement de la BHD, la plus utilisée sur le site, rend vulnérable à des « rechutes » certaines populations.

Pour un médecin du dispositif spécialisé, l'articulation entre médicament de substitution aux opiacés et héroïne est complexe, « *on a des profils, substitution, arrêt de la buprénorphine, un peu d'alcoolisation, puis un peu de fête et à nouveau de l'héroïne, et à nouveau un tour dans l'héroïne* ». Pour ce même médecin, « *ceux qui ne sont pas vraiment sortis de la toxicomanie, ceux qui sont dans une substitution mal équilibrée, c'est-à-dire grosso modo que le produit est remplacé, l'héroïne par la BHD, mais aucun de leurs problèmes essentiels autour n'est réglé* ».

Si depuis longtemps il est acté que la substitution ne permet pas automatiquement les sorties de toxicomanie, la diffusion plus importante de l'héroïne sur le marché des drogues complexifie le phénomène. Pour un médecin d'un centre méthadone : « *on a une frange de nos patients sous Méthadone, qui continuent, quoi qu'il arrive des consommations ponctuelles, répétées dans l'année, d'héroïne* ». Autrement dit, la co-consommation d'opiacés et de médicaments de substitution concerne la BHD comme la méthadone. Si ce phénomène n'est pas nouveau son amplification est à mettre en lien avec la hausse de la disponibilité d'héroïne. Pour un acteur de la réduction des risques, « *on observe des gens pour lesquels en effet les périodes de consommation d'héro ont l'air de s'allonger ...* ».

Tous les patients sous substitution ne sont pas concernés bien évidemment. Pour le chargé d'observation de l'espace urbain, « *l'héro revient en force. Mais je pense que ce n'est pas pour tout le monde pareil. N. me disait que pour elle, le Subutex®, c'était vachement confortable, quand même, elle me dit « je n'ai plus ce stress de manque, je suis toujours aussi coquine » - je la cite – « quand il y a de la coco, je deviens folle, mais je sais qu'il y a le Sub derrière et ça me rend moins dingue »* ». Si pour une part des patients sous substitution, le manque était pallié par la BHD ou la méthadone, le plaisir associé à l'usage était remplacé par d'autres produits comme l'alcool ou la cocaïne. Dans cette même logique, l'augmentation de la diffusion de l'héroïne vient se mêler à cette articulation. Pour un médecin de CSST, « *le problème que j'ai en ce moment, ce sont les gens qui n'ont toujours pas compris qu'il ne fallait pas associer héro et Subutex®, et vraiment ça craint. Ce n'est pas directement à*

*l'occasion d'une même prise, mais ils ne laissent pas assez de temps, ils passent du Sub à l'héro... Parfois, ils ne sentent rien, mais parfois ils sont très mal* ». La propriété agoniste/antagoniste sur les récepteurs opioïdes de la BHD bloque toute action de l'héroïne. Dans le meilleur des cas, les usagers ne sentent rien car la BHD annihile l'action de l'héroïne, dans le pire des cas les usagers sont malades. Cette articulation est repérée à plusieurs reprises. Pour un usager, « *je tape souvent de la came mais pas tous les jours, si j'ai pas de moyen, j'achète rien. Quand j'en prends, c'est un gramme par jour, après ça dépend si j'ai de l'argent ou pas mais c'est souvent 2 grammes par semaine. Autant des fois, je ne vais rien prendre autant parfois je vais en prendre 2 ou 3, ça dépend surtout de mes moyens* ». On voit que dans ce cas, le produit privilégié est l'héroïne mais une accessibilité réduite contraint cet usager à se tourner vers la BHD plus accessible. Ces cas de co-consommations d'opportunité en 2006, deviennent beaucoup plus réguliers particulièrement pour des personnes qui ont des usages non-substitutifs<sup>20</sup>

On peut penser comme cet observateur du phénomène que « *l'explication de cette articulation finalement, c'est prendre de l'héro pour le plaisir, du Subutex® pour éviter le manque* ».

### **De nouveaux consommateurs clairement identifiés du côté du soin**

Pour un médecin du dispositif, les usagers d'héroïne « *ce sont plutôt des jeunes, milieu étudiant, intellectuellement bien, bac, ce ne sont pas ceux qui ont arrêté l'école en 6<sup>ème</sup> (...), on voit beaucoup d'étudiants, beaucoup de jeunes qui viennent, qui ne sont pas de la rue (...)* elle touche plus une population insérée. Moi, ceux que j'ai vus, qui sont vraiment accros à l'héroïne, ils se sont faits avoir par la cocaïne ; c'est-à-dire qu'ils prenaient de la cocaïne en festif, et puis pour arrêter la cocaïne, ils prenaient de l'héro, et puis finalement dépendance à l'héroïne ». Tous les acteurs de soins du dispositif décrivent ce phénomène.

En 2007, les descriptions des évolutions des carrières d'usager renvoient aux observations du dispositif TREND des années précédentes dans l'espace festif alternatif.

Le cas de cette usagère est symptomatique : « *la première fois que j'ai goûté, c'était en descente de produit et après j'ai eu l'occasion d'en prendre comme ça dans des soirées, ou je prenais que de l'héroïne... après j'ai fait des soirées speed ball, où je « prenais » que des speed ball et après y'a eu une période où ouai je prenais de l'héro pour redescendre* ».

Pour cet autre usager « *ça fait 3 ans et demi que je suis dépendant à l'héroïne. Parfois je prends des substituts et parfois de la rachacha, un dérivé du pavot, j'essaye d'alterner. En trois ans et demi, j'ai dû arrêter 6 mois par périodes différentes. La première fois j'ai connu la rabla en teuf et puis petit à petit j'ai aimé ça et voilà, là je consomme pas tous les jours parce que j'ai pas les moyens. Mon bon pote, il ne consomme pas de came, il prend des drogues mais à l'occasion pour faire la fête, lui il en est resté là. Le fait qu'il ne consomme pas, ça m'aide aussi à arrêter mais bon, je vois bien que ça n'avance pas, que ça bloque, tu ne peux pas faire ce que tu as envie de faire quand t'as envie de le faire, on est dépendant quoi et ça me saoule, c'est chiant, je pourrais bouger, faire des choses et finalement je ne fais rien, ça me bloque...Il faut tout le temps que je prévois, c'est soit de la came, soit du Sub® parce qu'autrement je ne vais pas être bien* »

Pour un médecin du dispositif de soins, « *j'ai l'impression que maintenant, il y a de plus en plus d'héroïne sniffée ou fumée qu'il n'y en avait avant, ils injectaient tous; pour la cocaïne, c'est pareil, maintenant, cocaïne, crack, c'est plus fumer qu'avant, c'est un phénomène de mode de fumer* ». Au-delà des modes, l'hypothèse que le phénomène touche de nouvelles populations aux modalités d'usages différents peut être posée.

---

<sup>20</sup> Escots S., Fahet G., 2004, Usages non-substitutifs de la Buprénorphine Haut Dosage, OFDT

Si la découverte de cette molécule passe le plus souvent par le sniff, la consommation par la forme « fumée » palliant les premiers signes de dépendance, évitent à ces nouvelles populations de s'inscrire dans le schéma cosmogonique du « *toxicomane des années 80-90 avec la seringue dans le bras* ». Toutefois les premiers signes d'évolution des modalités d'usage du côté de la voie veineuse apparaissent. Le couple héroïne/injection est à la fois facteur de protection pour certaines populations et facteurs de vulnérabilité pour d'autres<sup>21</sup>.

Les modalités d'usage restent l'injection, le sniff et « la chasse au dragon ». Un usager décrit ce type d'usage : « *Tu mets l'héro dans de l'aluminium, tu chauffes dessous, avec un stylo, avec n'importe quelle paille, tu inspires (...) Tu n'as pas de flash, tu n'as pas ce choc, ce fameux flash, ça monte beaucoup plus doucement, tranquille, et l'avantage que t'as, les gars qui s'injectent, ils se l'envoyaient, ils jouissaient pendant quelques secondes, alors que quand on le fume c'est toute la matinée* ». Face à une injection qui n'est pas dans un premier temps la modalité la plus simple, par rapport au sniff avec un rapport quantité/effets peu satisfaisant et des risques infectieux perçus, la forme « fumer » est clairement plus évoqué qu'auparavant par cette nouvelle population qui consomme ce produit en 2007.

La chargée d'observation dans l'espace festif alternatif fait état de l'évolution des consommations des groupes de personnes qu'elle suit depuis plusieurs années : « *C'était lundi, j'en voyais un, il était dans un appart, je l'ai vu partir, je me suis dit je vais le suivre... Grosse poudre marron, je me dis « tiens, parlons peu, parlons bien »... Je vois qu'il prend de l'héro, je lui dis « tu prends de l'héro ? », il me dit « oui, je suis trop à balle de coke », je lui dis « arrête de prendre de la coke, comme ça t'auras pas besoin de redescendre » ; toute la nuit, il en a pris (de l'héroïne). Je lui ai demandé si je pouvais avoir un trait, il m'a dit « non, j'ai que ça » ; il n'en prend jamais soi-disant, mais il ne pouvait pas me laisser une trace... Le matin, on se lève, je lui dis « ça va ? », il se met à dégueuler dans les chiottes, je lui dis « t'as un souci avec ta merde ? », il me dit « non ». Il descend et me dit « je reviens ». En fait il est allé chercher de la dope ou du Subutex®, je ne sais pas. J'ai un peu parlé avec lui après, je lui ai dit : « mais comment t'en es arrivé là, parce qu'il y a un an, quand on en parlait, tu étais hyper contre », et en fait, il s'est mis à fond à piper, à baser, grave, et il me dit « comme je n'arrive pas trop à contrôler la base, je commence à prendre de l'héro pour descendre ». Il y a un an, il n'en prenait pas, c'est sûr et certain, jamais je n'aurais cru qu'il en prendrait, parce qu'il avait un discours très dur dessus ». Cet exemple entre autres, montre comment ces jeunes, « *mal éduqués aux risques de dépendance et aux risques infectieux* » comme le repère un médecin de CSST, consomment aujourd'hui régulièrement de l'héroïne pour ses propriétés intrinsèques et non plus juste dans des contextes de redescence. Souvent issus de l'espace festif alternatif mais pas seulement, connaissant mal les opiacés, car ayant débuté leurs carrières d'usagers de drogues dans le « boom stimulants » des années 2000, ces usagers sous estiment le potentiel addictogène des drogues en général et de l'héroïne en particulier.*

Cette population est issue pour une part de la première génération du mouvement de la musique électronique alternative, particulièrement consommatrice de stimulants. La *rabla* (héroïne) venait s'inscrire dans des usages de redescentes, pratiques encore observées aujourd'hui<sup>22</sup>. Dans ces sous groupes, selon les vulnérabilités individuelles, sociales et/ou biologiques, certains ont initié de nouvelles carrières d'usage de drogues où l'héroïne, appelée alors ainsi, s'est retrouvée au centre des consommations.

Pour ces populations, les risques avec les drogues sont de l'ordre de l'intoxication due aux produits de coupe. Cette représentation portée sur cette molécule singulière qui est l'héroïne,

---

<sup>21</sup> C.f. : La note « Pratiques d'injection dans l'espace festif alternatif » de Natacha Baboulène présentée dans ce rapport

<sup>22</sup> Idem

avec son action pharmacologique particulière différente de celle des stimulants, rend très vulnérables ces jeunes à la dépendance, voire à des débuts de toxicomanie.

Pour ce médecin du dispositif, *« la réduction des risques, ils sont passés sur une certaine tranche d'âge, 40 ans, c'est bon, mais les très jeunes, ils sont vraiment à côté de la plaque, les risques de l'injection, des pratiques à risques monstrueuses »*. En ce sens, un chargé d'observation repère le cas d'usages atypiques : *« Un couple qui est dans un protocole méthadone, qui shoote de temps en temps de l'héro ou de la coke même si la plupart du temps ils la prennent en traits (...), ils ne sont pas accros car elle peut ne pas prendre de métha, ne pas prendre d'héro, et ça va très bien, en plus comme ça, ils font du business de méthadone »*.

### **Usages d'héroïne par des populations insérées : vers une nouvelle épidémie sourde ?**

Au-delà des taux de concentration des échantillons d'héroïne collectés par le dispositif SINTES sur le site, c'est surtout les profils des consommateurs et l'accessibilité du produit pour tous les collecteurs des deux espaces qui sont à souligner. Pour ce collecteur, *« je suis étonné de qui consomme, des jeunes qui appartenaient à l'espace festif techno à une période, qui sniffent beaucoup, qui injectent pas, (...) tu vois des travailleurs sociaux, des étudiants au Mirail, des jeunes 25-35 installés qui bossent, c'est assez étonnant »*.

Le Parquet évoque aussi des exemples qui corroborent cette idée de présence de ce produit dans différentes couches sociales : *« On a une affaire qui sort de l'ordinaire qui a été traité ça fait à peu près un mois, ce n'était pas le milieu classique, c'étaient des gens commerçants, médecins, c'est vrai que ce n'était pas une population très habituelle, mais quand même avec un commerce bien implanté. Ils vendaient, on venait s'approvisionner chez eux (...) et on ne parle que de ce qu'on connaît, si ça se trouve il y en a d'autres »*. Plusieurs affaires en lien avec l'héroïne concernaient des personnes de plus de quarante ans mais selon ces services *« n'étaient pas de vieux consommateurs d'héroïne, en tous cas dans leurs discours, c'étaient des consommateurs depuis un ou deux ans »*.

Plusieurs médecins du dispositif déclarent voir des personnes qui re-consommeraient de l'héroïne mais aussi de nouvelles populations. Concernant ces derniers, un médecin précise que *« ceux-là, pour le moment, ce ne sont pas spécialement des injecteurs »*.

L'augmentation de la diffusion de l'héroïne sur le site agit bien évidemment sur des populations dites « traditionnelles » d'héroïnomanes substitués, mais aussi sur de nouvelles populations qui comme le dit ce médecin *« n'ont pas l'image du junkie dans la tête. Pour eux, il n'y a plus d'overdose; c'est comme pour le SIDA, on ne meurt plus du SIDA, il y a un traitement. L'héroïne, c'est pareil, on ne meurt plus d'overdose et en plus il y a un traitement, la substitution »*.

Sans faire de la prospective empirique, on ne peut que partager l'analyse de ce médecin du dispositif : *« Moi, ce que j'attends là, c'est une nouvelle épidémie avec l'héroïne. Elle tombe sur un ventre mou. Les jeunes ne sont pas au courant, elle est banalisée. Donc s'il y a la qualité, la quantité, sur des jeunes pas avertis, on va avoir une nouvelle épidémie, mais elle ne sera pas du tout pareille que les épidémies anciennes »*. En effet, comme la substitution peut équilibrer les périodes de manque, si épidémie il y a, ce sera une épidémie chronique, longue, adoucie sans de réelles conséquences sociales et sanitaires violentes et visibles. Pour ce même médecin, *« on va avoir des clients pour longtemps »*. Affaire à suivre.

## **Buprénorphine Haut Dosage (BHD) et usages détournés**

Dans la gamme des traitements de substitution la BHD constitue l'option thérapeutique la plus utilisée en France pour les personnes dépendantes aux opiacés, même si la tendance est au rééquilibrage avec la méthadone.

La BHD est une molécule agoniste/antagoniste morphinique prescrite jusqu'en 2005 sous le nom de spécialité Subutex® et non classée comme stupéfiant.

Sont disponibles aussi sur le marché deux génériques. Le générique distribué par la marque Arrow® a été mis sur le marché en 2006 alors que celui de la marque Merck® apparaît en 2007.

Si la BHD est un traitement de substitution entrant dans le cadre d'un protocole thérapeutique, l'accroissement de sa disponibilité s'est accompagné du développement de son détournement, de mésusages, voire d'usages non-substitutifs<sup>23</sup>.

### **Situation sur le site**

Le mésusage et l'usage non substitutif de la BHD évolue peu depuis quelques années. Par contre, les conséquences de ce type d'utilisation dégradent de plus en plus une image de la buprénorphine haut dosage déjà entamée. Le « sniff » reste une modalité répandue comme l'injection.

La BHD arrive à un stade où une part importante d'usagers en détournement, particulièrement les injecteurs chroniques, ont de grandes difficultés dans la gestion des dommages causés par les longues années de consommations. Au-delà des conséquences corporelles, en particulier sur le réseau veineux ou sur les voies respiratoires, la difficulté de cesser, voire dans certains cas de simplement diminuer les doses, a annulé dans les esprits le progrès de la mise sur le marché de cette molécule en 1996. L'utilisation de la voie veineuse s'inscrit dans des carrières de toxicomanies où si la BHD a pallié le manque physique de l'héroïne, aucune réponse fructueuse n'a été mise en place<sup>24</sup> pour réduire les risques de ce type de consommation, soit par l'arrêt de l'injection soit par un médicament de substitution aux opiacés injectables.

Depuis le cadrage de la CPAM de 2004, le marché parallèle concernant la BHD s'est réorganisé avec toutefois une accessibilité moindre à Toulouse que dans d'autres villes. Un exemple significatif, le prix dans la rue du 8 mg ne se négocie jamais en dessous de 5 euros, avec un prix habituel à 8 euros, même si parfois les prix peuvent grimper à 12 euros. La plaquette se négocie entre 20 et 30 euros.

Selon les observateurs et les usagers, les « mules » ont remplacé la « tournée des médecins » et le « manque » de disponibilité ne s'est pas fait ressentir. Si le nombre de patients ayant une dose moyenne de BHD délivrée supérieure à 32mg/jour a nettement diminué depuis 2004, atteignant les alentours de 1%, le nombre de personnes sous traitement BHD en Haute-Garonne a sensiblement augmenté<sup>25</sup>. Sans faire de corrélations directes entre ces deux constats car d'autres facteurs comme la mobilité des personnes ou l'augmentation d'initialisations de prise en charge sont à envisager, les tendances convergent.

Dans la dynamique du rééquilibrage BHD/Méthadone, des cas de patients passés sous méthadone qui arrivent à se faire prescrire de la BHD sont repérés. Idem pour des patients non dépendants ou des patients qui re-consomment de l'héroïne en produit principal et qui revendent une partie de leur prescription. Entre trafic organisé de masse et solidarité, la réalité

<sup>23</sup> Escots S., Fahet G., 2004, Op. Cit.

<sup>24</sup> A l'exception de la diffusion du Stérifilt®

<sup>25</sup> Données CPAM présentée lors du comité de suivi de substitution de la Haute Garonne de mars 2008

semble se situer dans l'entre-deux. Le « business » existe encore mais sous une autre forme plus diffuse, moins visible, mais toujours très efficace.

Dans l'espace festif, le détournement de la BHD n'est repéré que pour des cas à la marge dans le milieu alternatif. Des populations circulant à la croisée de ces espaces ont importé ce médicament soit pour ses propriétés de défonce soit pour aider à la redescende. Dans ce cadre, le sniff est décrit comme la modalité d'usage la plus développée. Des cas d'injection sont repérés mais ne sont pas déterminés par le contexte festif.

### **Tendance en évolution sur le site en 2007**

La BHD est une molécule toujours disponible hors prescription même si certains observateurs observent des périodes où la rareté crée « *la panique* ». Pour ce médecin du réseau, interrogé en juin « *Il n'y a plus de Subutex disponible facilement au marché noir. Mais là, c'est la panique ; c'est-à-dire qu'il y a même des mecs qui emploient l'expression « les pharmacies vont sauter » ; le Subutex, il y en a moins, il est très, très cher, il n'y a que du 8mg (...) C'est extrêmement cadré, et finalement, ça engendre des choses compliquées au niveau de la rue, de la violence, il y a beaucoup de violence, énormément, en ce moment. Est-ce que c'est dû à l'héroïne, ou est-ce que c'est dû au manque de Subutex®, je ne sais pas* ».

Toutefois, pour plusieurs observateurs de la réduction des risques, « *chez les jeunes, la première rencontre avec la BHD, se fait dans la rue* ». Pour cette actrice du dispositif de réductions des risques, « *le premier produit consommé en injection, c'est le Subutex®, le second, c'est la cocaïne* ». Dans le cadre d'un traitement, ou via le marché parallèle, la BHD et plus particulièrement le Subutex®, est toujours disponible et injectée. Dans l'observation des évolutions de tendance, la stabilité de celle-ci est remarquable quand on la met en parallèle avec l'action importante des services pour faire diminuer le mésusage et l'usage non-substitutif.

Un chargé d'observation de l'espace urbain décrit un cas typique d'approvisionnement détourné de BHD par un usager : « *il arrive à avoir 16mg par jour, à Albi, pareil à Toulouse, avec deux toubibs ; c'est possible, même s'il y a un flicage de dingue, je lui demande « mais tu ne te fais pas gauler ? », « non, ce ne sont pas les mêmes toubibs, un à Albi, un à Toulouse, t'es peinard* ». Le contrôle accru de la délivrance de cette substance par les services de la CPAM conduit certains usagers en détournement à reproduire « la valse des médecins » dans des lieux hors du département, voire comme dans ce cas dans deux départements différents. Même si les voyages peuvent revenir chers, le « deal » est rentable car le comprimé se négocie toujours aux alentours de 8 euros, voire plus. On notera que ce système n'est pas imparable car les contrôles ne sont pas limités aux territoires. En effet, les contrôles de la CPAM sont déterminés selon des seuils de prescription individuels, pour chacun des assurés sociaux.

Pour cet usager, la disponibilité du Subutex® est aussi due à « *des gens qui vont chez le docteur pour se faire prescrire, mais qui n'en prennent pas, alors ils les revendent (...) celui à qui j'ai acheté ce matin, il a présenté son docteur à des gens, à des copains à lui, des neveux, des cousins, va-t-en savoir, et ces personnes sont allées voir le docteur en disant « je prends du Subutex® », ils se font prescrire du Subutex® et ils lui revendent la boîte à lui, pour une misère* ». Déjà évoquées l'an passé, les mules sont une réelle source d'approvisionnement du marché parallèle.

### **Stratégie commerciale : représentation des patients et galénique différente : trois éléments en défaveur du générique**

L'arrivée des génériques en 2006 (Arrow®), puis en 2007 (Merck®) a légèrement fait bouger les lignes même si de manière générale le Subutex® domine le marché de la substitution à la

BHD. Cette position dominante de Schering-Plung<sup>26</sup> a même donné lieu à une note publique du conseil de la concurrence<sup>27</sup>, suite à un recours du laboratoire Arrow®. Cette note révèle des actions de dénigrement du générique par le laboratoire Schering-Plung sur la période de janvier 2006 à janvier 2007 auprès de médecins et de pharmaciens. Nous soulignons cet aspect car les arguments avancés par certains médecins ou pharmaciens pour la non prescription du générique sont similaires à ceux de Schering : présence de silice, non solubilité, comprimé non sécable. Accordons à ce laboratoire que les patients en mésusages reprennent exactement ces éléments pour décrire leurs difficultés avec l'utilisation des génériques. Entre auto-alimentation des discours et réalité, il est difficile de faire le tri. Dans tous les cas, les mésusages du Subutex®, si longtemps niés par Schering-Plung, servent cette entreprise à la communication commerciale dans ce moment d'ouverture du marché aux génériques.

Notons aussi que pour certains de nos informateurs, les « génériqueurs » ont construit une communication sur l'arrêt de l'injection grâce à leur marque. Pour ce pharmacien avisé de la problématique de l'injection, « *c'est inadmissible qu'un représentant dise : « Prenez notre générique, vous arrêtez l'injection du jour au lendemain ! Moi, ça va, je suis au fait de la problématique mais pour un comme moi qui voit la supercherie, combien d'autres marchent, pareil pour les médecins »*. Idem sur la question de la biodisponibilité. Les stratégies commerciales entre laboratoire de génériques jouent aussi un rôle sur les représentations des médecins et dans le choix de leur prescription. Pour un pharmacien, « *on a des médecins à qui on a dit que la biodisponibilité de la Buprémorphine Arrow®, était meilleure que celle de Merck®, alors que c'est le même producteur »*.

Peu importe les laboratoires, le marché est si important, 82,5 millions d'euros en 2006<sup>28</sup>, que la manipulation de l'information est au centre des stratégies commerciales. Ces informations parcellaires et orientées construisent des représentations chez les acteurs de santé qui influencent grandement la prescription du princeps ou des génériques. Quoi qu'il en soit, même si durant l'année 2007 la délivrance des génériques est à la hausse, c'est le remboursement du tiers payant au 1<sup>er</sup> novembre 2007 conditionné par la délivrance de médicaments génériques à la place de princeps qui a relancé la question des génériques du Subutex®.

Pour ce médecin de réseau, la raison principale de la faible diffusion du générique est que « *comme pour tout générique, les personnes pensent que ce n'est pas pareil, idée amplifiée du fait que ce sont des toxicomanes, »*. Les représentations ont une grande influence sur la perception de l'effet. Lors du remplacement du princeps par le générique, pour un acteur de la réduction des risques, « *soit, les mecs pètent un câble et retournent voir le médecin, pour dire « Hop ! Hop ! Hop ! Tu t'es trompé ! »... Soit ça tombe sur la pharmacienne... »*. De manière générale, la délivrance du générique modifie les habitudes et rend perplexe le patient sur l'efficacité du principe actif. Ce phénomène est renforcé par le fait que la BHD est un psychotrope. L'attente d'effets singuliers, la peur du manque ou du mauvais dosage que toute personne sous substitution a connu à un moment donné, amplifie cette crainte. L'exemple des discours sur les différences selon les marques des génériques est significatif. Pour une actrice de la réduction « *on a des cas où selon la marque du générique les usagers attribue tel ou tel effets »* ce qui étonne une pharmacienne du réseau car « *Arrow® et Merck® sont fournis par le même grossiste »*.

---

<sup>26</sup> Schering-Plung est le laboratoire pharmaceutique qui a mis sur le marché le Subutex®

<sup>27</sup> Décision n° 07-MC-06 du 11 décembre 2007 relative à une demande de mesures conservatoires présentées par la société Arrow Génériques

<sup>28</sup> Données issues de la note du conseil de la concurrence de décembre 2007, se basant sur la source Arrow/GERS



Entre princeps et génériques les avis sur les effets sont tranchés : Pour un acteur de la réduction des risques, « *T'en auras toujours un certain nombre pour dire : « Il fait rien, il m'a mis en manque, il m'a ceci, il m'a cela, pour d'autre, c'est la même chose, alors que pour d'autres c'est l'inverse* ». Pour cet usager, « *J'ai fait mon truc, j'ai fait comme t'habitude, j'ai fait deux paquets par jour, je suis passé de l'un à l'autre, paf, ça m'a rien changé !* ». Pour cet autre usager, « *Bon... Ça fait des plus petits taqués, ça pousse à en faire un deuxième... Mais bon c'est 100% dans ma tête !* ».

Si pour tous les patients princeps et génériques, « *ce n'est pas la même chose* », les personnes qui manipulent le comprimé soit pour le sniffer, soit pour l'injecter ont de réelles difficultés à adapter leur pratiques à la galénique du comprimé générique. Pour un médecin d'un CSST, « *les patients n'aiment pas du tout le générique, mais je crois qu'ils ne l'aiment pas d'autant plus qu'ils le détournent de son usage, parce qu'en fait, il n'est pas sécable, donc une petite boule à écraser, c'est plus chiant qu'un comprimé plat* ». Idem pour ce médecin de réseau, pour qui « *il y a beaucoup de gens qui se mettent au générique, même si, en général, l'obstacle, c'est quand même le snif et l'injection* ». Pour cette médecin du réseau, « *Je pense que ce sont des trucs très pratiques, après ce n'est pas comme la mamie qui ne veut pas les génériques, parce qu'elle est attachée à la forme qu'elle prend depuis des années, je pense que c'est vraiment un souci d'usage* ».

Pour un acteur de la réduction des risques, « *les mecs disent même en étant conscient de l'histoire, psychologiquement quand tu dissous ton cacheton, tu fais un taqué, il y aura moins de volume... Puisque le cacheton est plus petit, tu peux le dissoudre avec moins de flotte, ça fait moins de volume quand tu te fais un shoot ; eux même le disent, psychologiquement, le fait d'avoir la moitié dans la pompe, t'envoies la moitié moins, t'envoies huit milligrammes et t'envoies la moitié moins... Ça c'est eux qui le disent. Il y en a certains, tu parles, ils bloquent sur des étoiles et la tu comprends que... Et là, c'est eux qui te le disent : faut passer au dessus. Alors, il y a ceux qui passent au dessus, t'as ceux qui te disent : « Putain, j'ai l'impression, d'en envoyer moins* ». La quantité, l'aspect, l'idée que l'on a de ce que l'on consomme joue un rôle important dans la perception de l'effet. S'il existe toujours un moment d'apprentissage des effets des psychotropes dans les carrières d'usagers de drogues, l'adoption du générique passe aussi par cette étape.

Un acteur de la réduction des risques rapporte la perception du générique par des usagers de sa file active. « *Ils nous disent : « le Subutex, il est sécable, tu peux les couper en deux, déjà, et après tu as deux morceaux assez conséquents que tu peux à nouveau couper en deux, tu peux les diviser en quatre relativement facilement alors que le générique, ça ne m'intéresse pas, parce qu'il n'est pas sécable* ».

Idem, pour les usagers injecteurs. Cet héroïnomanie substitué constate que « *les génériques, ils sont tout petits, tu n'arrives même pas à les couper en deux, alors les couper en quatre, c'est impossible. Moi, j'ai essayé au début, mais j'en prenais deux fois plus, pour assouvir mes injections. Et comme je galère pour le couper en deux, parfois au lieu de prendre un quart, je prends un demi à chaque fois* ». Pour ce primodépendant à la BHD injecteur, « *le Subutex®, tu peux le découper, tu peux mettre un 8 carrément, mais un 8, je ne vois pas l'avantage de s'envoyer un 8, il faut prendre une 2cc, parce que c'est tellement énorme, il y en a beaucoup, donc tu le coupes en deux, tu le mets dans la cuillère, juste un peu d'eau, et puis là, tu n'as même pas à chauffer, ça se dissout tranquille (...) alors qu'avec le générique, il faut tout piler, après il faut garder la poudre, c'est plus galère* ».

Cette nouvelle galénique offerte à ces personnes en mésusage conditionne soit des rejets du générique, soit l'amplification de ces mésusages. Pour cette pharmacienne, « *Même en sublingual, il y en a certains qui trouvent que ce n'est pas bon, que c'est pâteux, que ça se dissout trop vite (...)* D'ailleurs, on dit qu'avec la Buprénorphine on va faire des économies,

*mais justement, comme a priori les effets sont plus rapides, ils en consommeraient un peu plus, donc on aurait plus de chevauchements... Donc je ne sais pas si l'économie va être... ».*

Dans tous les cas, si pour certains le passage du princeps au générique ne pose pas de problème pour d'autres, c'est plus compliqué, d'autant plus avec le non remboursement du tiers payant pour le Subutex® au premier novembre. Pour une actrice de la réduction des risques, « *c'est la pharmacie qui est en première ligne par rapport à ça... Parce qu'en fait le mec a sur son ordonnance Subutex® mais qu'il n'a pas marqué non substituable, la pharmacie elle lui donne le générique et là c'est clash ».*

Pour un acteur de la réduction des risques, « *avant les mecs n'avaient aucune contrainte... Soit les mecs étaient pragmatiques et ont bien voulu essayer et ça a marché tout ça. Soit les mecs les ont envoyés balader : « Ça marche très bien avec le Sub, il n'y a pas de raison... » Là, tout a bougé en novembre ».* Pour les populations les plus précaires, payer le tiers payant a rendu le générique obligatoire avec toutes les conséquences, déjà évoquées. Pour cette pharmacienne, les choses vont se réguler, « *depuis le 1er novembre, on est obligé de faire tiers payant contre générique... C'est vrai que la Buprénorphine a un peu progressé. Bon, ceci dit, il y en a beaucoup qui veulent rester sur le Subutex® et ils font marquer non-substituable sur l'ordonnance ».* Autrement dit, il ne faut pas compter sur les génériques à la buprénorphine haut dosage pour diminuer les dépenses de santé.

### **Mésusages, usages non-substitutifs, polyconsommations et conséquences...**

Si pour une grande part des patients, le protocole de substitution par la BHD a permis de s'extraire d'une carrière de toxicomane, pour certains, cela n'a pas été la solution. Les observations concernant le trafic de rue, la primo-dépendance, le mésusage, les usages non-substitutifs et les polyconsommations, sont récurrentes. La décroissance que l'on aurait pu attendre avec une politique locale de substitution portée du côté de la méthadone plutôt que de la BHD, ne semble pas transformer les pratiques de détournements de manière significative. Pour un usager, acteur bénévole de la réduction des risques, « *des gens qui n'ont jamais été dépendants de l'héroïne et qui tournent au Sub, il y en a plein et toujours des nouveaux ».* Si comme l'évoque un médecin du réseau, « *pour certains injecteurs de Subutex®, maintenant, il y a une demande due à la lassitude ».* les cas de problèmes de dépendance ou d'ordre somatiques sont encore repérés cette année. Pour une ancienne usagère, « *ça me fait rigoler, parce que le problème, ce n'est plus la coke, c'est le Sub! Moi, quand j'ai dû arrêter le Subutex®, c'est la pire chose que je n'ai jamais eu à arrêter de ma vie. Je suis restée deux ans et demi au Subutex®, le reste à côté, c'était du pipi de chat, l'héroïne, la cocaïne, c'était du pipi de chat, mais le Subu, j'en ai chié comme jamais, c'est énorme, c'est une saloperie le Subu ».*

Pour une actrice de la réduction des risques, « *cette année, il y a eu beaucoup de problèmes d'abcès ou de dommages liés à l'injection, on travaille un peu là sur les questions d'état de veines, pas que liées au Subu, mais en bonne partie liées au Subu, c'est sûr ».* Cette professionnelle constate qu'« *il y a eu beaucoup de gens hospitalisés, plus que l'année dernière c'est sûr, des phlébites, de choses très graves ».* La consommation par voie veineuse de la BHD, au fil du temps, détériore progressivement le système veineux. Toujours pour cette intervenante, « *comme les gens vieillissent, ils ont moins de veines, et dans ces cas-là, tu vas aller taper dans des endroits où ça va être des plus petites veines, et où c'est plus facile de faire un abcès ».* Si les politiques de substitution avaient négligé dès 1996 les mésusages ou les usages non-substitutifs par la voie veineuse, elles avaient encore plus sous estimé les conséquences à long terme de ce phénomène. Après dix ans de consommation par voie veineuse, la BHD, molécule non injectable au premier abord, cause de nouveaux dommages. Pour cette ancienne usagère par voie veineuse, « *plus tu utilises le Subu depuis longtemps, et*

*ça fait quand même un moment que ça s'injecte, plus tu as des problèmes. C'est comme le lancement d'un produit qui serait cancérigène mais on ne le saurait pas, au bout de 10 ans on découvre que c'est cancérigène, eh bien le Subu, on est en train de découvrir qu'au niveau abcès, c'est champion du monde ».*

Parallèlement, la montée ces dernières années de la diffusion de la cocaïne sur le site a un impact sur le phénomène. Pour une actrice de la réduction des risques, *« on a constaté une augmentation des dommages sur les veines, et ce sont souvent des personnes qui sont à la fois injectrices de Subutex® et injectrices de cocaïne qui ont le plus de dommages »*. La consommation par voie veineuse Subutex®/cocaïne est aussi un facteur de vulnérabilité à ce type de conséquences somatiques. Pour cette actrice de la réduction des risques, *« il y a un peu cet effet-là, c'est-à-dire que tu as le Subu qui est là depuis longtemps, qui abîme les veines, la coke là-dessus, comme c'est vachement compulsif, tu vas aller dans des endroits, parce que ça a été des abcès, pas forcément dans le bras, le pied... »*. L'augmentation de la consommation de la cocaïne chez les personnes sous protocole de substitution BHD relevée par cette observatrice est aussi notée par les résultats de l'enquête OPPIDUM<sup>29</sup> en Midi-Pyrénées. En 2007, 23% des personnes en protocole de substitution par la BHD déclarent avoir consommé de la cocaïne, contre 8% en 2006.

Une actrice de la réduction des risques explique ce phénomène. *« Le Subutex®, ça ne procure rien, simplement ça enlève le manque, et donc ils vont vers la cocaïne. La cocaïne, il y a une forme d'accoutumance, ce n'est pas physique, ce n'est pas aussi galère qu'avec l'héroïne, donc ils ont un suivi avec le Subutex®, ils prennent régulièrement du Subutex®, et dès qu'ils ont les moyens, c'est cocaïne, le côté festif, comme ça »*. Ainsi une grande disponibilité de la cocaïne, associée à un mode de dépendance différent, le *craving*, peut transformer des usages occasionnels, en usages compulsifs. Si chez les usagers par voie nasale, des problèmes somatiques peuvent être repérés lors de sessions prolongées, c'est chez les injecteurs que ce type de dommages apparaît de manière significative.

Ces problèmes en lien avec les pratiques d'injection transforment les usages. Pour cet observateur du phénomène, *« on peut imaginer des gens qui ont des problèmes d'injection avec le Subutex® à moment donné, qui ne peuvent plus trop injecter, et qui vont fumer de la coke »*. Pour une actrice de la réduction des risques, *« beaucoup nous disaient qu'ils recouraient aussi au snif par rapport aux dommages liés à l'injection du Subutex®, et donc ça peut être alterné, snif de Subutex®, injection. On n'a pas les précisions de qu'est-ce qu'ils sniffent, qu'est-ce qu'ils injectent, mais dans les dires, il y a des choses comme ça »*.

Le cas de l'héroïne est différent de celui de la cocaïne. Pour une usagère, *« Sub/héroïne, tu sens pas l'héroïne, héroïne/sub tu es malade comme un chien »*. Si on peut penser que l'effet agoniste/antagoniste sur les récepteurs opiacés doit y être pour beaucoup, il est évident que l'articulation des ces consommations est différente de celle concomitantes de la BHD/cocaïne en « speedball » ou en descente. Pour un médecin du réseau, *« c'est selon les périodes, si je peux avoir de l'héroïne c'est mieux mais bon quand j'ai du Subutex®, c'est rare que ça aille bien »*. La compensation de l'absence de l'héroïne par la BHD, déjà évoquée lors des investigations de 2006 se confirme. Cette configuration particulière place l'héroïne comme le premier produit de consommation même si ce n'est pas la molécule la plus consommée. L'augmentation de la diffusion de l'héroïne sur le site va générer une évolution de ce type de profils qui aura des conséquences sur l'état psychique de ces personnes lors du « manque » d'accessibilité à l'héroïne sans parler des modalités d'usage renforcées du côté de l'injection. L'alcool, enfin, reste un psychotrope très présent chez les personnes sous BHD (protocole, mésusage ou usage non-substitutif). Comme en 2006, un observateur de l'espace urbain constate que *« depuis que certains prennent du Subutex®, les consommation d'alcool sont à*

<sup>29</sup> Données présentés lors de la journée des CEIP de Toulouse, Janvier 2008

*la hausse* ». L'absence de plaisir ou de défonce de cette molécule ne convient pas à certaines personnes qui ne sont pas dans une réelle demande de soins. Idem pour ceux qui ont fait la démarche, mais qui selon les situations sociales ou les états psychiques du moment, sont vulnérables à une surconsommation de psychotropes « efficaces ».

Le cas des médicaments psychotropes est complexe. Entre détournements et équilibrages du traitement de substitution, la place de ces molécules est différente selon les personnes, les troubles psychiques et la volonté de s'inclure dans un protocole de substitution.

### **La co-prescription un vieil exemple d'une substitution polymorphe**

Pour une pharmacienne du réseau, « *La BHD est délivrée avec Atarax®, Sitalopram®, Tertian®, Levotril®, Teralène®, Xanax®... mais elle peut aussi être délivrée seule* ».

Selon les patients, les durées de prescriptions peuvent s'étaler sur quelques jours ou sur du plus long terme, que ce soit pour des anxiolytiques, des hypnotiques, des neuroleptiques ou des antidépresseurs. Toujours pour cette pharmacienne, « *il y a des personnes à des moments elles sont anxieuses donc elles vont les prendre sur quinze jours et après c'est juste ponctuel. Il y en a d'autres, c'est sur le long terme* ». Sans avoir d'analyse sur le bien fondé des prescriptions, cette interrogation sur l'articulation de ces molécules dans la logique de substitution entre dans la traduction de la réalité plus que dans la stigmatisation des pratiques, au contraire.

Les cas de prescription sur quinze jour correspondent au traitement thérapeutique traditionnel du syndrome anxieux, alors que sur du plus long terme, cette molécule a une autre fonction. Pour ce médecin du dispositif, « *les benzos, par définition, tu ne vas pas pouvoir les donner sur la durée, donc ce n'est pas satisfaisant en soi. Moi, j'en prescris pour passer un cap, dans des gros cas de panique* ». En ce sens le type de benzodiazépine prescrit doit évoluer pour s'adapter à l'inefficacité du précédent. Idem pour d'autres alternatives, de type psychothérapeutiques.

Pour ce médecin de CSST, « *moi, quand je suis devant un vrai tableau anxieux, je demande une évaluation psychiatrique, surtout dans ces contextes de toxicomanie, pour arriver à savoir un petit peu de ce qu'il en est des troubles psychiatriques avant consommation de produits et mise sous substitution. Je fais bien le point de la situation psychiatrique, pour voir s'il n'y a pas besoin d'un vrai suivi psychiatrique, et d'adapter au mieux. Je ne prescris jamais d'anxiolytiques à la demande, pour un syndrome anxieux en soi* ».

Autrement dit, la co-prescription BHD/benzodiazépine sur le long terme, avec toujours la même molécule accompagnant le traitement de la BHD s'ancre dans une autre fonction que celle des AMM originelles.

Parfois, la co-prescription serait le levier de la diminution des doses de BHD. Pour une pharmacienne, « *il y en a beaucoup qui ont un problème d'alcool avec... ou un problème d'anxiété par rapport au fait qu'ils ont diminué la dose de BHD, par exemple. Donc, c'est pour gérer, parfois, la modification de leur traitement* ». Autrement dit, la diminution des doses de BHD, objectif premier, constituerait les conditions de l'anxiété aboutissant à la co-prescription sur une plus ou moins longue durée.

Dans d'autres cas, le couple BHD/benzodiazépine ferait substitution, car comme le constate cet observateur, « *pour une part des patients, si on leur enlevait leurs antidépresseurs ou leurs anxiolytiques, ils n'arrivent pas à gérer leur substitution* ».

Une médecin de CSST précise qu'« *il faut quand même penser quel mode de vie avait la personne, qu'est-ce qu'elle prenait pour se mettre en forme, et ce n'est pas une molécule comme la méthadone ou la buprénorphine qui va tout régler. Les médicaments, on sait que ce n'est pas idéal, mais il y a des patients qui ne se supportent pas s'ils n'ont pas pris quelque chose, je crois qu'il faut aussi prendre ça en compte. C'est une erreur de donner quelque*

*chose à quelqu'un qui n'a jamais rien pris, mais quelqu'un qui a depuis des années une substitution comme ça, on va lui rendre son équilibre ».*

Cet équilibrage moléculaire BHD/benzodiazépines sur la durée pour maintenir un patient dans une substitution ne correspond pas exactement au protocole utopique mais est pourtant efficace. Ces résultats ont conduit depuis longtemps à maintenir un lien avec ce type de patients, souvent polytoxicomanes. On peut penser que la substitution de la polyconsommation passe automatiquement par une substitution polymorphe. Résoudre le problème de la dépendance à l'opiacé ne suffit pas pour un grand nombre personnes qui avec leur médecin, cas par cas, « bricolent » les conditions de leur substitution selon les situations et les difficultés psychiques associées.

### **Le « mésusage substitutif », autre exemple d'une substitution polymorphe ?**

Sans confondre le mésusage et l'usage non-substitutif, un intérêt particulier dans les investigations de 2007 a été porté sur les modes de consommation de la buprénorphine haut dosage. La problématique de l'injection de la BHD n'est pas un nouveau phénomène. Souvent considérées comme des substitutions en échec au regard de la définition protocolaire, à l'intérieur de cette population injectrice, certains revendiquent pourtant leur inscription dans des logiques de substitution.

Le cas de cet informateur est typique. *« Je suis sous 16mg de Subutex® depuis 8 ans. Je l'injecte. Ça aussi, ça me semble tellement logique (...) je ne prends pas le Subutex pour me défoncer, je prends du Subutex pour être normal (...) Je le prends quatre fois par jour en gros quatre fois 4 mg, toutes les six heures, (...) ce n'est pas un super plaisir, c'est une habitude, c'est comme boire un café, je ne sais pas ».*

Cet usage à priori problématique de la BHD, en tout cas hors protocole, est ce qui lui a permis de « sortir de sa toxicomanie ». Il ajoute *« ça a permis pleins de truc. Je suis même étudiant, en cours du soir, en DUT informatique, d'ailleurs, j'ai passé mon bac, j'avais 30 ans (...) aujourd'hui j'ai 36 ans. Quand je suis arrivé à Toulouse, j'ai passé un équivalent du bac, qui s'appelait le DAEA, parce qu'au début, j'avais envie d'être éducateur spécialisé, et un bac français, ça suffisait. Après j'ai viré, j'ai voulu être informaticien, et j'ai mis trois ans pour avoir un DAEB, qui est l'équivalent du bac S, que j'ai eu en 2005, et là, depuis 2 ans, je suis à l'IUT d'informatique... Pour te dire que malgré le Subutex, ça ne m'empêche pas de faire ça ».*

Consommateur exclusif de BHD par voie veineuse, cette personne déclare *« quelques bières en soirées »*. Si on met de côté les doses de BHD et la modalité de prise, il semble que l'objectif de substitution a « réussi » : arrêt de l'héroïne, lien avec un médecin référent, pas d'autres complications et réinsertion sociale stable.

Pour cet injecteur de BHD, le sublingual *« c'est exactement le même effet, mais la seringue, c'est toute une préparation, tu as l'impression de jouer au docteur, peut-être qu'il y a des rappels des bons produits que je me suis injectés, et peut-être que ça me rappelle ça, alors que si je le prends sous la langue, ça ne me rappelle aucun bon souvenir »*. Autrement dit, dans ce cas l'effet différent de la BHD ainsi que les « gestes », les contextes d'usage de la prise sublinguale sont trop éloignés de celle qu'elle souhaite substituer. Passer d'une héroïne à l'effet « flash » par la voie veineuse à la prise sublinguale de BHD est un pas que certains ont du mal franchir.

De nombreux cas sont recensés et depuis longtemps. Pour un acteur de la réduction des risques de l'espace urbain, *« il y a des gens qui sont absolument stabilisés, qui ne prennent que leur Subutex®, qui ne prennent pas d'autres choses, qui sont complètement dingues de l'injection, qui ne peuvent pas l'arrêter. Ils se l'envoient deux fois par jour, trois fois par jour, mais ils ne prennent pas d'autres choses, et peuvent avoir une vie parfaitement »*

*insérée* ». Pour un médecin de CSST, « *moi, le premier auquel je pensais, il a toujours travaillé, par exemple. Mais il continue à avoir des injections... Je sais plus combien... Je crois que c'était quatre ; voilà, le matin, le soir et une ou deux dans la journée (inaud.) mais il s'était jamais désinséré* ». Pour un autre médecin du dispositif, « *des personnes qui sont en mésusage de Subutex, c'est-à-dire qu'ils le sniffaient et qu'ils l'injectaient, ou qui ont des doses un peu importantes, mais qui étaient quand même dans une logique de substitution, on en a quelques-unes* ». Le chargé d'observation urbain décrit plusieurs cas de personnes dans des protocoles de substitution à la BHD mais qui au lieu d'utiliser le sublingual utilisent la voie nasale.

Au-delà de la défense d'une substitution injectable, il est important de décrire la réalité sociale où la non-prise en compte de la modalité d'usage comme élément en soi de la problématique addictive est à l'origine de la construction, là encore, d'une substitution polymorphe, plus stigmatisée d'ailleurs que la co-prescription.

Notons aussi que, l'articulation des prise en plusieurs fois 4mg le matin et 4mg le soir ou comme le dit ce médecin du réseau « *plutôt 6 et 2, ça me paraît plus logique* », est une autre forme d'adaptation du protocole.

Tout cela n'est pas nouveau. Toutefois onze ans après la mise en place du traitement de substitution par la BHD, ce regard non-exhaustif, empirique même, issu directement du terrain d'investigation, veut relever à la fois l'hétérogénéité des modèles substitutifs par la BHD mais aussi interroger les sorties de toxicomanies. Autrement dit, s'il est sûr qu'il n'y a pas une seule forme de substitution par la BHD, mais qu'ils en existent autant que de personnes incluses, la question de la diminution et surtout de l'arrêt reste encore en suspens.

### **Sortie de toxicomanie et substitution par la BHD : conceptions antithétiques ?**

Les sorties de toxicomanie ont toujours été une grande question pour les intervenants en toxicomanie. Cette ancienne patiente sous substitution décrit son parcours : « *tu peux le faire, mais les toubibs ne le promotionnent pas assez ça. Tu peux le faire, moi, c'est ce que j'ai fait; j'étais à 16 mg de Subutex®. Je suis restée quand même deux ans à 16 mg, mon docteur ne voulait pas que je baisse, je l'ai fait à l'insu de mon docteur, j'ai baissé mes dosages moi, et trop vite, parce que j'en avais ras-le-bol. En quelques semaines j'ai baisser de 2 mg en 2 mg, jusqu'à arriver à 0,4, et à arrêter grâce juste à un peu de Lexomil®, et quelques anti crampes musculaires* ». Des cas de substitution réussie sont donc clairement identifiées même si dans ce cas, on est loin de la « descente progressive ».

Comme le dit une actrice de la réduction des risques, « *quand on descend de quelques milligrammes, le chemin n'est pas le même entre 8mg et 6mg qu'entre 2mg et plus rien* » car en effet la diminution est bien différente de l'arrêt, tant au niveau pharmacologique, social que psychique. Idem pour cette patiente qui est à 0,4mg depuis plusieurs années : « *moi, j'ai eu tout comme ça, 12, 10, 8, 6mg etc. et tu peux baisser, mais après, le plus difficile, c'est le passage à zéro. Passer de 0,4 à 0, c'est vachement dur car plus tu descends et plus la marche pour aller à l'étape d'après est haute* ».

De plus, la question de la diminution des doses se construit dans l'articulation dans la relation du patient au médecin. Pour une médecin de CSST, « *quand on pose clairement la question, ils sont capables de te répondre ce qu'ils attendent de ce traitement. Quand tu dis à quelqu'un « qu'est-ce que vous voulez faire, est-ce qu'on diminue aujourd'hui, ou est-ce qu'on continue comme ça ?* », la réponse est tout le temps claire. Tu le vois de suite sur le visage, soit il se décompose, c'est la panique, tu dis ok, on ne change rien, on reste là, soit, ils hésitent, et on peut baisser, il n'y a pas de règle ». Si pendant longtemps dans le cadre du sevrage, il était dit que la rechute était un passage presque obligé pour l'abstinence, l'échec de la diminution des

doses de BHD pose problèmes. Cette limite semble être un frein à l'avancée du traitement autant chez certains patients que chez certains médecins.

Pour le chargé d'observation de l'espace urbain, dans le milieu de la réduction des risques depuis quinze ans, *« il y en a qui ont commencé en 96 et qui y sont toujours »*. Même remarque du côté d'une pharmacienne du réseau qui constate que *« moi je suis installée depuis le 1er juillet 96, donc, il y en a, je les ai depuis cette période-là »*.

Même si pour ce médecin, la sortie de toxicomanie *« est un but en soi »*, les cas où l'addiction s'est transformée en « maladie chronique » sont nombreux. La BHD devient alors l'insuline du diabétique, quel que soit le groupe d'appartenance et même les modalités d'usages. Entre diminution, rechute et passage sous méthadone la durée du traitement de substitution est parfois indéfinie.

Les trajectoires de sortie de toxicomanie décrites avant la substitution se sont transformées radicalement au point parfois que la BHD n'est plus perçue comme une solution.

Pour un médecin de CSST, *« il y a quand même pas mal de patients qui ne veulent pas entendre parler de la buprénorphine, parce qu'ils en ont déjà pris dans la rue et pour eux ce n'est pas un médicament qui sert à arrêter, c'est un médicament qui sert à ne pas aller »*. La dégradation de l'image de la BHD est en lien direct avec l'objectif de sevrage jamais atteint.

Pour un éducateur d'un CSST, *« L'image de la substitution chez certains toxicos, c'est une drogue, l'image un peu mythique, "moi, je veux arrêter tout", sans passer de l'un à l'autre. Moi, j'en ai vu un hier "je suis encore sous Subutex, mais je fais un sevrage à la sortie, je veux arrêter toute dépendance", sans discriminer le tabac, l'alcool, non, toute dépendance. Alors que la seule dépendance qu'il ait, effectivement, c'est la substitution »*.

Si la substitution par la BHD voulait faire sortir les toxicomanes de la dépendance à l'héroïne, elle a en partie réussi. Par contre, elle a échoué pour faire sortir les personnes les plus vulnérables de la toxicomanie.

Pour un médecin du dispositif, *« ils ne sortent plus maintenant! Ils sortent beaucoup plus tard, différemment, c'est autre chose, on a transformé les trajectoires, on a transformé les pronostics, on a transformé les circonstances, tout est changé »*. Les avantages importants de la mise en place de la BHD en 1996 a coûté cher à ceux qui sont toujours dans ce type de situations aujourd'hui. Si les comorbidités psychiatriques, la précarité sociale sous toutes ses formes, portent une grande part de responsabilité, cette forme de traitement atteint ses limites. La solution est souvent le passage sous méthadone. Un acteur de la réduction des risques décrit le parcours typique de substitution pour les personnes les plus en difficulté: *« ça passe, soit par la baisse du traitement, donc le mec diminue progressivement, soit on arrête d'injecter le Sub en passant à la Métha mais au bout de cinq ans de Sub, se taper cinq ans de Métha, tu te dis t'as pas avancé d'un radis, quoi »*. Si grâce à l'encadrement du protocole méthadone et une perception qui se situe du côté de la réponse sanitaire, les résultats sont plus probants, le temps perdu et les dommages causés sont irréversibles.

## **Méthadone et usages détournés**

La méthadone est un opiacé analgésique synthétisé en 1937 par les Allemands Max Bockmühl et Gustav Ehrhart de chez I.G. Farben qui cherchaient un analgésique qui serait d'un emploi plus aisé au cours d'une intervention chirurgicale et aurait un potentiel d'addiction moindre. La méthadone est utilisée depuis 1960 comme substitut des opiacés chez les consommateurs d'héroïne sous l'impulsion de Vincent Dole.

La méthadone est une molécule agoniste des récepteurs opiacés disposant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. Elle est classée comme stupéfiant.

### **La situation sur le site**

Depuis plusieurs années déjà, on note une évolution vers un rééquilibrage des deux traitements de substitution. La volonté de l'arrêt du Subutex®, souvent en raison des problèmes liés à l'injection, fait augmenter les traitements par Méthadone. L'augmentation de la méthadone, prescrite sur le site, élève automatiquement le niveau potentiel de la disponibilité de cette molécule hors prescription. Les observateurs de l'espace urbain constatent que le « deal » correspond plus « à du dépannage » qu'à un marché parallèle structuré. Il est clair que les niveaux de détournement de ces traitements ne sont pas comparables à ceux du Subutex®.

À cause d'un protocole lourd, les usagers ont élaboré des stratégies « *pour ne pas être dans le manque* » s'il y a une faille dans le rythme des prescriptions. Autrement dit, les accommodations des prescriptions permettent d'avoir un stock de méthadone si les patients manquent un rendez-vous avec le médecin.

Ce stock peut servir pour soi mais aussi pour d'autres. La solidarité moyennant finances alimente un marché parallèle restreint. Les démarches correspondent plus à des transactions individuelles et interindividuelles d'aide et de soutien des usagers entre eux, qu'à un véritable marché noir.

Pour les acteurs du soin comme pour les usagers, la méthadone correspond plus à une démarche de soins que le Subutex®. Si les propriétés moléculaires et galéniques y contribuent, le protocole strict est la raison principale de cette perception.

Nous sommes alors au cœur du paradoxe de la substitution aux opiacés. D'un côté le Subutex® est consommé dans des quantités variables, par la voie veineuse, de l'autre, la méthadone, perçue par tous comme un médicament « efficace », reste toujours moins prescrite.

### **Tendance en évolution sur le site**

Les investigations de 2007 ne distinguent pas de changements majeurs dans le détournement de la méthadone. Toutefois trois éléments sont à souligner : les nouveaux profils des personnes incluses dans les programmes méthadone, l'évolution des polyconsommations et de nouveaux types de détournement réservés à une frange restreinte de population.

### **Parcours de substitution**

Pour un médecin de CSST « *tous les gens qu'on a inclus cette année, ont déjà fait un parcours de substitution qui s'est plus ou moins interrompu, ils ont replongé dans l'héroïne. On voit moins que les années précédentes, des gens venir avec comme demande « je suis au Subutex, mais je le shoote, donc je passe à la méthadone », changer de produit pour changer de mode d'administration, on en voit moins, il y en a, mais il y en a moins. On voit plus de cas où "j'ai été sous substitution, j'ai réglé le problème de l'injection du Subutex, par contre je me suis remis dans l'héro". Les dix ou quinze dernières inclusions, c'étaient toutes des histoires comme ça, autour de la trentaine, ce sont des gens qui ont été sous substitution après une période dans l'héroïne à la fin de l'adolescence, ils ont été sous substitution pendant quelques années entre 22 / 23 et 27 / 28, et puis à la trentaine, ils sont à nouveau dans la came* ».



Ce type de « parcours de substitution » est décrit par plusieurs médecins. Des rencontres avec la BHD via le marché parallèle pour des héroïnomanes substitués ou des primo dépendants à la BHD ou même avec de la méthadone initient des demandes d'entrée dans un protocole méthadone. Pour ce médecin de CSST, « *C'est des histoires qu'on a aussi, ils disent : « Voilà, j'ai pris de l'héroïne, de temps en temps j'ai pris au marché noir, de la Méthadone et du Subutex. Voilà. Et puis maintenant moi j'en ai marre, je voudrais une vraie substitution ».*

La perte de confiance vis à vis de la BHD comme médicament de substitution aux opiacés ainsi qu'une volonté des acteurs de soins de promouvoir ce traitement génèrent de nouvelles demandes et de nouveaux profils.

Pour un médecin du dispositif, « *ça commence à se démocratiser un peu la méthadone; nous, on a eu de nombreux passages à la méthadone cette année, c'est un peu nouveau, et avec des gens qui ont bien réussi, c'est-à-dire que du coup, ça a été une bonne réponse, pas pour tous, mais pour certains, à leur problème de vouloir arrêter l'injection, et de vouloir arrêter le Subutex®* ». Les réussites sont multiples. L'arrêt de l'injection, pour certains, des sorties de toxicomanie pour d'autres, sont la meilleure publicité pour ce traitement parfois perçu comme trop contraignant.

### **Méthadone et co-consommation**

Sur le site, les traitements de substitution par la méthadone sont toujours en augmentation avec des mésusages et des conséquences d'usages détournés relativement peu visible. Toutefois l'augmentation des polyconsommations est une tendance déjà repérée mais qui se développe pour des personnes en traitement. Si l'alcool a toujours été la co-consommation la plus repérée chez les personnes sous traitement méthadone, l'apparition dans les investigations de consommations de cocaïne, déjà repérée les années précédentes, et d'héroïne aujourd'hui sont à retenir. Pour un médecin de CSST, « *les patients le ressentent comme un moyen quand même de se défouler, qui est moins soumis à contrôle, donc c'est plus toléré, on va dire* ».

Ce phénomène général repéré avec la substitution aux opiacés qui traite la dépendance tout en perdant la dimension de « plaisir » est au centre des problématiques de polyconsommation.

Pour ce médecin « *souvent quand ils baissent les doses de méthadone, ils augmentent les consommations d'alcool* ». Les traitements de substitutions aux opiacés et dans ce cas à la méthadone, ne suffisent pas à résoudre la polytoxicomanie. Pour ce médecin « *c'est en général chez le patient qui déjà, a un antécédent d'alcool, qui a peut-être, au début de la méthadone, réussi à gérer son alcool et qui, passé un certain temps, la méthadone ne faisant plus d'effet, il revient à sa première façon de se défoncer, de se défouler* ». Pour les médecins interrogés, l'alcool est le levier principal pour ces patients sous méthadone.

Pour ce médecin de CSST, « *C'est une dépendance plus discontinuée... Et l'alcool, je dirais aussi que quand il est un problème après la mise sous Méthadone ; c'était souvent déjà une dépendance, avec des critères d'abus et, au moins, d'une consommation discontinuée. La mise sous Méthadone fait que ça devient une consommation chronique, quotidienne* »

Si pour ce médecin, « *on ne peut pas faire de généralités, ça dépend du patient, pas de la molécule* », la majorité des médecins interrogés évoque l'augmentation des consommations alcool pour une part des patients « méthadone ».

Toujours pour ce médecin, « *certains deviennent alcooliques* ». Si la méthadone, à moment donné, est une solution à la dépendance aux opiacés, elle est au centre de nouvelles problématiques de dépendance à l'alcool. Inversement, pour un médecin de CSST, « *quelqu'un qui est bien stabilisé sous traitement, et qui a fait le deuil de l'effet défonce, de la recherche de la défonce, il va au contraire renforcer son sevrage alcoolique grâce à la métha* ».

Au delà des usages d'alcool, d'autres produits sont évoqués par les acteurs du dispositif de soin. Pour cette médecin de CSST, « *On a une frange de nos patients sous Méthadone, qui continuent, quoi qu'il arrive des consommations ponctuelles, répétées dans l'année, d'héroïne* ». Même constat pour ce médecin généraliste sensibilisé aux problèmes de toxicomanies, « *on a des patients qui consomment alcool, cocaïne, ou héro le week-end, ils sont souvent stabilisés, ils arrêtent la méthadone le week-end pour prendre de la coke, de l'héro, c'est de plus en plus récurrent* ». Si la consommation de cocaïne avait déjà été repérée, l'augmentation des cas de consommation d'héroïne frappe les observateurs. Pour ce médecin du dispositif, *Deuxième chose émergente, c'est les consommateurs de méthadone qui se font des week-ends héroïne (...) c'est assez nouveau* ». Ces sensations que les acteurs décrivent sont confirmées par les données OPPIDUM. En effet, pour ce dispositif d'observation 16% des patients sous méthadone déclarent avoir consommé parallèlement de la cocaïne (13% en 2006) et 10,5% déclarent avoir consommé de l'héroïne (5,5% en 2006).

Pour ce médecin du dispositif, « *En plus ils vont bien, c'est-à-dire que ces consommations n'ont pas vraiment de conséquences et ils ne veulent pas augmenter la méthadone pour ne pas s'accrocher (...) On est passé à une organisation à un niveau encore supérieur. (...) Ils font du mieux possible. Mais ça leur est difficile de renoncer à l'héroïne, parce qu'ils n'ont pas d'investissements ailleurs, extraordinaires. Ils sont encore des toxicomanes* ».

Si la BHD peut devenir par snif ou par injection, un produit de défonce en tant que tel, la méthadone ne peut être utilisée ainsi. La consommation d'alcool vient alors remplir cette fonction. On peut penser que pour la cocaïne ou l'héroïne la situation est légèrement différente. Ces types de consommations sont repérés la plupart du temps dans des contextes festifs ou de convivialité, selon l'accessibilité du moment, pour « retrouver le plaisir d'antan »

### **Détournements**

Pour une médecin du réseau, « *notre volonté est de toujours mettre la posologie la plus basse, c'est exceptionnel quand un patient est à 100 mg. Aussi les inclusions se font pendant un mois, ils vont venir tous les jours, et après un jour sur deux. On essaie au maximum de les laisser à la dose la plus basse quand ils sortent dans la rue, mais on est convaincu que certains en prennent la moitié* ».

Si le détournement de la méthadone reste un épiphénomène, de nouvelles formes apparaissent concernant des populations jeunes particulièrement naïves face à ce produit.

Pour cette informatrice, « *la méthadone ne vend pas très cher, je ne me rappelle plus, mais la fiole de 60, je crois qu'elle voulait me la vendre 15 euros* ». Si ce témoignage est le seul cas de détournement avéré de méthadone, il est clairement identifié. Pour cette informatrice, « *ils sont dans un programme méthadone, ils ne sont plus dépendants aux opiacés, ils ont diminué les doses sans le dire au médecin, et aujourd'hui ils n'en prennent presque plus. Elle reste dans le protocole pour récupérer la métha, elle la revend, ça lui permet d'acheter de la cocaïne qu'elle injecte* ». Ce cas apparemment isolé ne doit pas remettre en cause un dispositif efficace, toutefois, l'augmentation du nombre de patients en protocole augmente obligatoirement le nombre de possibilité de détournements.

Idem pour les pratiques d'injection. Pour le chargé d'observation de l'espace urbain, « *Il y a aussi des petits malins, qui mettent aussi la méthadone au congélateur* ». Sans rentrer dans les détails des « usagers bricoleurs » arrivent avec plus ou moins de réussite à transformer le sirop en cristaux grâce au froid, pour dissoudre ses cristaux et arriver ainsi à une solution injectable.

On peut prévoir que l'arrivée de la méthadone sous la forme gélule va amplifier le phénomène comme dans d'autres pays où elle est déjà disponible. Pour ce médecin du dispositif, « *je ne vois pas l'intérêt pour l'instant parce que c'est un intérêt purement matériel, c'est le niveau de*

*stockage chez les pharmaciens ou dans les hôpitaux qui sera plus restreint. Sinon, je ne vois pas l'intérêt parce que les patients ne se plaignent pas du tout de la forme sirop, je n'ai pas entendu un seul patient se plaindre de ça* ». Notons qu'il n'y a pas consensus en la matière. Pour cet autre médecin de CSST, « *je pense que si on est rigoureux dans les évaluations ça va faciliter la vie de gens qui restent quand même des années sous méthadone. Les traitements sont de plus en plus longs, parce qu'on dosera de plus en plus, et qu'on les sèvrera de moins en moins vite, donc je crois qu'il faut arrêter, je trouve ça scandaleux de leur proposer du sirop, c'est dégueulasse de boire du sirop tous les matins, il faut quand même les aider* ».

Les raisons de la mise en place de la forme gélule répondent selon l'AFSSAPS<sup>30</sup> « *à la demande des professionnels de santé concernés et aux recommandations de la conférence de consensus sur les traitements de substitution de 2004* ». Si le sucre et l'alcool contenu dans la forme sirop sont clairement des problèmes pour les patients, on peut penser que des détournements plus importants, des mésusages via la voie nasale ou l'injection mais aussi des accidents domestiques sont à prévoir. Dans tous les cas, l'arrivée de nouveau conditionnement au premier trimestre 2008 sera au centre des futures investigations TREND du site de Toulouse.

## **Sulfate de Morphine**

Le sulfate de morphine est une molécule agoniste opioïde pur des récepteurs opiacés disposant d'une AMM pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits analgésiques. Il est disponible sous une forme de spécialités à action brève (Actisenan®) et sous forme de spécialités à action prolongée (Moscontin LP® et Skenan®). Bien que ne disposant pas d'AMM pour cette indication, les présentations d'action prolongée sont parfois utilisées comme traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, conformément à la note de la Direction générale de la Santé (DGS) de juin 1996. Toutefois le médecin prescripteur doit au préalable obtenir l'accord du médecin-conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). En France, il est classé comme stupéfiant. Comme traitement substitutif, le sulfate de morphine bénéficie auprès des patients d'une image favorable en raison de ses effets proches de ceux de l'héroïne.

Historiquement, la disponibilité des sulfates de morphine sur le site de Toulouse est faible. Un consensus des médecins du réseau local a limité la prescription et donc le détournement de cette molécule. Ce phénomène, associé à un faible niveau d'importation provenant d'autres villes où la restriction est plus réduite, cantonne les consommations de Skenan® et de Moscontin® à la marge.

### **Usagers et modalité d'usage**

Comme au niveau national, deux groupes principaux de consommateurs de sulfate de morphine en usage détourné peuvent être distingués sur le site avec toutefois quelques particularités du fait de cette accessibilité réduite.

Un premier groupe est composé de personnes âgées de plus de trente ans, anciennement consommatrices d'héroïne. Les unes, plutôt marginalisées socialement, visibles en milieu urbain injecteraient le sulfate de morphine en remplacement de l'héroïne ou de la BHD détournée. Les autres seraient des personnes en difficulté avec leur substitution en cours.

Un second groupe, composé d'une population plus jeune (18-25 ans), est également marqué par la précarité. Le Skénan®, injecté et consommé parfois à doses élevées selon la disponibilité, se limite à des usages exceptionnels. Certains jeunes injecteurs de Subutex® se

---

<sup>30</sup> Communiqué de presse de l'AFSSAPS du 18 septembre 2007 (les matinées avec la Presse)

tournent aussi vers le Skénan® pour avoir un « vrai effet » et par peur des problèmes veineux et d'abcès engendrés par le Subutex®.

Sur le site de Toulouse, la proportion entre ces groupes de population penche nettement du côté des personnes les plus âgées ayant souvent eu une expérience avec cette molécule, même si les investigations repèrent quelques jeunes en errance concernés par le phénomène. Prenons le cas décrit par cette usagère/revendeuse d'héroïne de l'espace urbain : « *L'autre fois à la Daurade, y a un mec, un mec clean sur lui et tout, jeune genre je sais pas, 20 ans, qui nous demande du Skenan® à vendre. Je lui ai dit « mais, tu veux pas une vraie drogue », le gars, il a jamais connu autre chose que ça* ».

Quand nos informateurs évoquent ces molécules c'est souvent pour décrire des consommations de populations qui viennent d'ailleurs. Pour cette même informatrice, « *les gens sur Agen, avec qui on a trainé longtemps, pareil, ils s'étaient jamais drogués, enfin à la rabla et tout et ils se shootaient qu'au Skénan®, t'hallucines quoi* ».

Notons tout de même le cas de cet usager, ancien héroïnomane, sous traitement méthadone, installé depuis longtemps à Toulouse pour qui « *le Skénan®, c'est excellent. Tu me présentes un cachet de Skénan® de 200 mg, et tu me files un paquet d'héro, ici sur Toulouse, moi je prends direct le Skénan® ! Et puis c'est bon la morphine, tu as un flash, en plus, c'est pas comme le Subutex® ou même la méthadone* ». Interrogé sur les modalités d'usage, cet usager injecteur détaille les étapes de préparation. « *Le Skénan, tu ouvres la capsule, c'est en gélule, c'est plein de petites boules, tu prends un papier, tu fais une papillotte, tu écrases bien, tu piles tes petites billes, ça te fait une poudre nickel, après tu la mets dans la cuillère avec de l'eau, tu chauffes juste légèrement. Moi, je trouve que ça se dissout mieux, qu'à froid comme ça, ça se dissout moins, le produit est moins liquide* ». Si les recommandations de la réduction des risques sont de ne pas chauffer la préparation, ce vieil injecteur, engagé bénévolement dans des actions de la réduction des risques, précise que « *tout est justement est dans ce coup de flamme, si tu chauffes de trop, ça te nique tout, il faut que tu donnes juste un petit coup de flamme bien précis* ».

### **Un approvisionnement du marché noir via le détournement de prescription**

Pour un salarié d'un dispositif de réduction des risques, « *C'est infime, ce sont des personnes qui ont des problèmes de santé, type cancer et qui redealent un petit peu leurs prescriptions, parce qu'ils ont souvent des prescriptions énormes* ». Pour un autre acteur de la réduction des risques, « *c'est la guerre pour se faire une primo prescription au Skénan®. On les envoie sur les roses. Le problème c'est qu'il y a quelques pathologies lourdes et les mecs dealent leurs gélules donc ça se retrouve dans la rue* ». Ce produit réputé comme « *la drogue parfaite* » car injectable, alliant un effet d'apaisement et de plaisir contrairement à d'autres traitements de substitution des opiacés, est très recherché par des personnes dépendantes mais n'ayant pas encore construit une démarche de soins ou en échec avec la substitution.

Comme le constate cet acteur de la réduction des risques : « *Le produit tout le monde le connaît, tout le monde en a déjà shooté au moins une fois... ils aimeraient bien en avoir, sauf que voilà c'est compliqué d'en avoir* ». Autrement dit, au-delà des propriétés opioïdes de cette molécule injectable, sa rareté contribue aussi au mythe chez les anciens héroïnomanes sous substitution, les plus concernés par le détournement de cet antidouleur.

Pour ce même acteur de la réduction des risques, « *c'est toujours pareil ; quand t'as ça, t'as de l'or en barre dans les doigts, si tu veux te faire des sous en même temps, je ne sais pas comment les mecs gèrent leur douleur, parce que quand tu le vends, c'est qu'il va t'en manquer* ». Des personnes en situation de précarité avec ce type de prescription sont vulnérables à la revente de ce traitement très recherché par une partie de la population de l'espace urbain. Un usager décrit la façon dont il a pu acheter de Skenan® : « *le mec, il me l'a* ».

*dit, « moi, j'ai un cancer, je fais gaffe, je fais gaffe, et puis je revends un peu » (...) On a un peu discuté, et puis à un moment il me branche, et il me dit « tu veux du Sken », je lui dis « allez », et il m'a sorti carrément les cachets de 100, de 60 ».*

### **Détournement de prescriptions pour des patients non toxicomanes**

Si le consensus sur les modes de prescription des sulfates de morphine aux usagers de drogues a permis le maintien d'une faible disponibilité de ces molécules, un autre phénomène est évoqué lors des investigations concernant cette molécule. Pour un médecin du dispositif spécialisé *« les consultations de la douleur sont régulièrement confrontées à des profils de gens qui viennent pour un traitement de la douleur mais qui font un usage déviant de ce traitement (...) soit certains ont un passé de toxicomanes, sevrés, et à l'occasion de la douleur ils rechutent, soit, c'est une première expérience, et j'ai l'impression qu'ils ont beaucoup du mal à en sortir, il y en a plein... Les gens à qui tu prescrites des morphiniques parce qu'ils sont devenus dépendants, le cas typique ce sont les lombalgies chroniques, ou alors les suites opératoires d'hernies discales »*. Aucun cas n'est recensé par les observations. La sous-estimation de la prévalence de ce type de personnes dépendantes aux opiacés est évidente du fait de la structuration et des objectifs du dispositif TREND. Dans tous les cas, une question récurrente se pose sur le traitement de la douleur pour les personnes dépendantes aux opiacés.

**Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler tant sur les typologies d'usage ou les conséquences en lien avec la consommation de ce produit.**

### **Codéine**

La codéine est un dérivé semi synthétique de la morphine utilisé comme analgésique, soit seul (Dicodin®, Codenfan®) soit combiné à d'autres molécules (Codoliprane® par exemple) ou comme antitussif (par exemple Néo-Codion®). La possibilité de vente de certaines de ces spécialités sans ordonnance et leur prix modéré permettent un accès facile à une molécule substitutive de l'héroïne.

Avant la mise en place des traitements de substitution, ces médicaments étaient déjà utilisés comme tels par de nombreux usagers d'héroïne pour réguler, réduire, voire arrêter leurs consommations. Cet usage est en baisse depuis 1996 et les données qualitatives décrivent la persistance d'un usage marginal.

Le Néo-Codion® est utilisé par les usagers de drogues comme alternative aux toxicomanies aux opiacés. Toutefois dans une démarche de thérapeutique, le Dicodin® est aujourd'hui davantage utilisé par le dispositif spécialisé. Pour un médecin de CSST, *« c'est de la codéine à forte dose, avant c'était le Néocodion, et 3 boîtes de Néocodion, c'est une boîte de Dicodin, donc ça fait moins de cachets à prendre, et puis la durée est très rapide, c'est-à-dire qu'un sevrage au Dicodin®, c'est comme un sevrage à l'héroïne, on est de suite malade, ça ne dure pas très longtemps »*.

On évalue à une cinquantaine le nombre de personnes sous Dicodin®. Cette alternative permet à certains usagers de pallier les inconvénients associés, au protocole contraignant de la méthadone, ou ceux liés au Subutex®. Cette molécule est une troisième possibilité dans le panel des médicaments de substitution. Pour ce médecin de CSST, ce type de prescription concerne *« souvent des personnes qui sont un peu dépités, ou qui n'ont pas envie, ou qui ont pris du Subutex® pendant un certain temps »*. Pour ce même acteur de santé les posologies dépendent *« de la quantité d'héroïne que ces patients consomment »*. Les prescriptions peuvent *« se faire pour un mois, au début, on les voit au bout de 3, 4 jours, pour voir si la posologie correspond, si ce n'est pas trop, pas assez, moi, j'essaie de leur en donner plutôt »*

*plus pour qu'ils ne soient pas en manque, parce que sinon, après, ils ne vont pas vouloir faire confiance; après, on adapte, et on essaie de diminuer progressivement les posologies ».*

Pour cette usagère, toxicomane à l'héroïne et à la cocaïne par la voie veineuse, le Dicodin® a permis d'envisager une sortie de toxicomanie: *« J'étais dépendante à l'héroïne. Un jour, on m'a fait une ligne de Subutex®, j'ai trouvé que c'était génial, que ça défonçait autant que l'héroïne, les premiers temps. Et par la suite je me suis mise accro au Subutex®. Et après qu'est-ce que j'ai fait ? Vu que je connaissais bien la shooteuse j'ai été me shooter avec le Subutex®, avec les mains comme ça. Et à un moment je me suis dit j'en peux plus j'avais les mains, c'était infernal. Et puis le docteur qui me suit m'avait dit, que ça bouchait les artères que c'était, encore plus dangereux, et je lui ai demandé de trouver une autre solution pour que je me shoote plus. Il m'a donné du Dicodin®. Donc ça ça shoote pas et le Dicodin® y'a pas longtemps que j'ai arrêté, je prenais une plaquette au début, après ça a descendu, après j'étais à un, un demi, un quart, le quart d'un quart et ça fait un mois que j'ai arrêté le Dicodin® ».*

Ce médicament non-injectable est repéré aussi par un autre médecin du dispositif spécialisé comme une bonne alternative. Elle repère que *« dans le service, on a plus de femmes qui prennent genre du Néo-Codion®, et qui grâce à ça s'en sortent mieux, arrêtent l'injection et gèrent mieux leur substitution ».* Toutefois l'expérience du Subutex® a bien montré que l'arrêt de l'injection est bien plus déterminé par la construction d'une demande de soins spécifiques et par un accompagnement thérapeutique global que par juste le type de molécule utilisée. Dans les cas repérés, toutes les conditions étaient réunies pour sortir de la carrière de toxicomane.

**Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler tant sur les typologies d'usage ou les conséquences en lien avec la consommation de ce produit.**

## **Opium-Rachacha**

Le rachacha est une préparation d'opium se présentant sous la forme d'une pâte marron rouge, de consistance molle. Il est obtenu à partir d'une transformation artisanale de pavot. Il est classé comme stupéfiant.

Ce produit est présent sur le site depuis le début des investigations TREND. Plutôt observée de façon saisonnière dans l'espace festif, mais aussi occasionnellement dans l'espace urbain, sa consommation est orientée principalement dans une recherche de régulation, souvent pour redescendre des stimulants et/ou des hallucinogènes.

Un chargé d'observation repère un approvisionnement un peu particulier : *« le mec que j'ai rencontré, il deale de l'opium et du rachacha. Il me dit qu'il va la nuit arracher des pieds de pavot dans une plantation de labo pharmaceutique ».* Entre légende urbaine et filière atypique, il est difficile d'en savoir plus. Dans tous les cas, selon les saisons, la disponibilité est plus ou moins importante. Ces consommations restent de l'ordre de l'opportunité.

**Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler tant sur les typologies d'usage ou les conséquences en lien avec la consommation de ce produit.**

## **Les stimulants**

---

Selon le rapport national TREND<sup>31</sup>, depuis la seconde moitié des années quatre-vingt-dix, la disponibilité des substances stimulantes ne cesse de s'élargir en France. Si l'on peut estimer aujourd'hui que l'ecstasy a atteint une phase plateau, qui en fait dans l'espace festif une substance désormais banalisée, la cocaïne, en revanche, possède une marge de progression encore importante, tant dans l'espace urbain que dans l'espace festif. En effet, la réorientation d'une partie de l'offre venue des pays producteurs (Colombie, Bolivie, Pérou) en direction de l'Europe, fait que cette offre est de plus en plus abondante. Il en résulte une diminution des prix, favorisant l'accès à des couches de plus en plus larges de la population. À cet accroissement de l'offre répond une forte demande.

## **Cocaïne et le Crack**

La cocaïne est un alcaloïde extrait de la coca. Puissant stimulant du système nerveux central, cette molécule agit en bloquant la recapture des monoamines dans l'espace synaptique. C'est aussi un vasoconstricteur périphérique.

La cocaïne se présente sous deux formes : chlorhydrate (poudre blanche obtenue à partir de la feuille de coca) destinée à être injectée (voie intraveineuse) ou sniffée (voie nasale) ; base ou *crack/free base* (caillou, galette), destinées à être fumée (voie pulmonaire). Cette forme base est obtenue après adjonction de bicarbonate, ou d'ammoniaque, au chlorhydrate de cocaïne.

En France, quelle que soit sa forme, la cocaïne est classée comme stupéfiant.

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

Abstraction faite d'une courte période aux alentours de la Première Guerre mondiale, la consommation de cocaïne est restée modérée et n'a jamais été considérée comme un problème majeur de santé publique. Jusqu'au début des années 90, son usage a toujours été largement devancé par celui des opiacés. L'augmentation, depuis 1995 environ, de l'usage de cocaïne représente une rupture dans l'histoire de ce produit. C'est au cours des années 1990 que l'on assiste non seulement à l'élargissement de la diffusion de la forme chlorhydrate de la cocaïne (poudre), mais aussi à l'émergence puis à l'élargissement relatif de la forme basique (*free base* ou *crack*).

Enfin, entre 2000 et 2005, on assiste à une accélération de la diffusion de la cocaïne, avec un taux d'usage au cours de l'année multiplié par 2 ou 3 selon les populations considérées. Le nombre de personnes ayant consommé de la cocaïne en 2005 est estimé à 200 000 personnes, effectif qui reste modéré au regard de la taille de la population.

## **Situation sur le site**

Ces dernières années, la diffusion de la cocaïne sur le site n'a cessé de croître. Si la disponibilité de la cocaïne n'est pas comparable à celle du cannabis, dans l'espace urbain comme dans les différents espaces festifs (alternatif, festival, commercial), ce produit est cité très régulièrement lors de l'observation des scènes investiguées, même si parfois son accessibilité est discutée.

Dans l'espace urbain, un prix relativement haut minimise son accessibilité. Les opiacés et d'autres psychostimulants, moins chers, sont privilégiés réservant la cocaïne à des consommations d'opportunité.

Dans les espaces festifs, cette molécule conserve son image positive. C'est un produit considéré comme festif et non dangereux. Il valorise son utilisateur par opposition à d'autres

---

<sup>31</sup> Cadet A. et coll. 2008, Op. Cit.



produits. Pour ces populations, les opiacés renverraient à la « toxicomanie désocialisante » ou aux maladies dont ils pourraient être les vecteurs. Les molécules de synthèse seraient à l'origine de comportements incontrôlables, inconvénients majeurs quand l'utilisateur, même dans des moments festifs, ne veut pas créer de distorsion dans ses relations aux autres.

Cette diffusion massive et continue dans le temps sur le site élargit le spectre des publics concernés. Les milieux aisés, les polytoxicomanes précarisés, les populations aux revenus moyens, les populations plus jeunes et défavorisées sont concernés.

Dans l'espace urbain, que ce soit les « jeunes en errance » ou « les anciens héroïnomanes substitués », tous consomment ou ont consommé de la cocaïne.

Dans l'espace festif, les publics consommateurs de cocaïne sont des trentenaires, issus de l'espace festif alternatif en grande majorité, mais aussi des publics favorisés fréquentant des établissements dits « sélects ». Des usages plus ponctuels sont aussi repérés chez les étudiants, et les jeunes travailleurs. Ces populations, qui doivent être opérationnelles les lendemains de fête, privilégient cette molécule pour des raisons pratiques, mais aussi dans un processus de distinction. La consommation de cocaïne deviendrait alors un marqueur social puissant.

On note que les filles entre 25 et 35 ans de cet espace privilégient plus exclusivement ce produit que les garçons qui sont susceptibles de le consommer en association avec d'autres produits (alcool, cannabis, autres stimulants).

Des consommations régulières, voire très régulières apparaissent chez certains usagers « ex-festifs », plus en lien à une dépendance avérée que pour optimiser des performances.

La réalité des consommations de cocaïne ne se reflète pas dans les files actives du soin ou de l'accès aux soins. Si en règle générale, l'étiquette de toxicomane n'est pas facile à porter, elle l'est d'autant plus quand la toxicomanie est due à un produit pensé a priori « sans danger ».

Seuls les polyconsommateurs, ou les usagers compulsifs sont repérés. Ils ne constituent qu'une faible partie des files actives des services spécialisés.

Le sniff est la première modalité de consommation loin devant l'injection prépondérante pour les usagers qui fréquentent les structures de premières lignes et la forme base fumée (free base/crack) qui se développe plus particulièrement dans certaines populations festives.

## **Tendance en évolution sur le site en 2007**

La tendance majeure soulignée par les investigations sur le site est la confirmation du phénomène et de l'ancrage de ce produit dans les carrières de consommation au fil du temps. Peu d'évolutions sur les profils d'utilisateurs, sur les modalités d'usage, sur les motivations, sur les contextes de consommation, sur les dommages sociaux et sanitaires, sur le trafic, sur les effets recherchés.

### **Disponibilité et représentation : vecteurs d'une diffusion vers des publics très divers**

En 2007, la presse locale fait ses gros titres sur des affaires de cocaïne tout au long de l'année. Le 10 janvier, « *c'est 3 kilos, saisis en Ariège* » ; en février, ce sont deux affaires qui sont citées ; en mars, on parle « *de marée blanche sur la côte atlantique* » ; en juin, d'un trafic organisé avec la Hollande ; en août d'un réseau dans les « *nuits toulousaines démantelé* » ; en septembre, d'une « *saisie de 13 kilos dans un pare-choc d'une voiture immatriculée en Italie* » ; en décembre enfin ce sont plusieurs saisies dans le quartier de Bagatelle et à Agen qui font la une.

Au-delà de la récurrence des affaires tout au long de l'année qui confirme la présence en continu de la cocaïne sur le site, les types d'affaires allant de la banlieue, à la « jet

set toulousaine » en passant par des populations plus lambda, voire la mafia italienne<sup>32</sup> confirment une diffusion vers des publics de plus en plus hétéroclites.

En 2007, les jeunes sont de plus en plus repérés, parfois dans des pratiques qui ne sont pas vécues comme problématiques, mais qui parfois sont préoccupantes tout au moins pour l'entourage.

Pour ce médecin de CSST, « *les jeunes qui viennent pour une consommation de cannabis, qui demandent à arrêter la consommation de cannabis, en les interrogeant, ils prennent pratiquement tous, ou ils ont eu pris, de la cocaïne. Par exemple, je pense aux étudiants (...), ce sont ceux qu'on a le plus en consultation. La cocaïne ne semble pas leur poser un problème, parce que c'est moins régulier que le cannabis, et que c'est souvent festif* ».

Le constat est le même dans les services non spécialisés. Pour ce psychiatre d'une clinique privée, « *en ce moment j'ai quatre dossiers (...) lui il est en 1971, lui est né en 1969, elle est née en 1972, lui aussi, il est jeune, il est né en 1973. Comme par hasard, à peu près la même tranche d'âges (...) Elle a bac+4 ; lui, niveau bac, il ne travaille pas, il est en maladie ; elle est commerciale, et lui, il a niveau bac. Milieu social un peu supérieur pour les trois premiers, il y a une anglaise dans le lot, et lui, niveau social commerçant, ils avaient un peu d'argent, mais lui vit du RMI* ».

Pour cet urgentiste, « *ensuite, il y a des jeunes filles qui ont l'air un peu marginales, des piercings, un peu punk, un peu underground. J'ai déjà eu des gens « bien sous-tous rapports », qui habitaient au centre ville, aux Carmes, rue Ozanne ou à la Côté Pavée, la plupart du temps, ils ont entre 20 et 35 ans* »

Les services du respect et de l'application de la loi font le même constat. Pour le Parquet, « *Ce qui est nouveau, c'est que le consommateur de cannabis en gros, dans les cités, maintenant, de plus en plus, à côté du cannabis, on a quand même, en petite quantité, c'est le consommateur très occasionnel peut-être du week-end, mais on a ça en plus, et il ne me semblait pas qu'on avait ça avant* ». Pour les services de police, « *Il y a plein de gens, les gens entre 40/45 ans, ils ont ça, on les arrête, ils ne comprennent pas (...) Pour eux, ils prennent ça comme ils prennent un whisky. Après ils sont pris dans ces engrenages avec des trafiquants, des mecs qui avancent 200 grammes, 100 grammes, et quand ils se retrouvent en prison, ils ne comprennent plus rien. Ce sont des gens qui travaillent...* »

Tous les terrains ethnographiques effectués cette année dans l'espace festif, électronique, rock, commercial ou alternatif, repèrent la présence plus ou moins visible de ce produit. Ce constat similaire à celui des investigations de 2006 vérifie l'hypothèse d'un ancrage durable de ce produit chez les usagers de drogues au sens large.

Dans l'espace urbain, la cocaïne a pris toute sa place que ça soit chez les « héroïnomanes substitué », chez les jeunes en errance, mais aussi chez d'autres populations insérées, étudiants, jeunes travailleurs. Pour ces populations, la cocaïne n'est pas ou plus réservée à des contextes festifs. Ce phénomène n'est pas nouveau, mais en 2007 il se confirme, voire s'amplifie, même s'il est difficile pour le dispositif TREND local de le quantifier sans outils adéquats.

Petit rappel. Après l'arrivée de traitements de substitution aux opiacés au milieu des années 90 qui a structuré le marché de l'héroïne, les observateurs prévoyaient le développement actuel des consommations<sup>33</sup>. Parallèlement à cela, les mouvements de la musique électronique, d'abord autour des *free party*, puis progressivement dans les établissements de nuit, ont créé malgré eux les conditions de la diffusion de ce produit avec une réelle

---

<sup>32</sup> Les services de police interrogés sur cette affaire confirment que la destination de ce véhicule était « *la mafia italienne* ». Pour ces services, la cocaïne saisie n'était pas destinée au marché français.

<sup>33</sup> Escots S., Rapport local du site de Toulouse 2005 sur les phénomènes émergents liés aux drogues en 2004, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/trendloc.html>, 2005

accélération depuis 2004. À partir des années 2000, la cocaïne amorce une extension toujours plus grande vers tous les milieux sociaux insérés, des publics jeunes aux publics marginalisés. Un produit réputé comme « non addictogène », peu dangereux en matière toxique est porté par une représentation positive. Cette molécule postmoderne parfaite qui permet d'être performant, au cœur de la distinction sociale est l'antithèse des schémas de la toxicomanie classique aux opiacés pensée du côté de l'exclusion et des maladies qu'ils véhiculent.

En 2003, le dispositif local TREND faisait déjà état de « *consommateurs de cocaïne parmi les lycéens, des étudiants, des employés, des ouvriers, des cadres, des artisans, des professions libérales*<sup>34</sup> ». En 2007, il est possible d'avoir un regard sur les évolutions des carrières des consommateurs de cocaïne. Si pour la plupart l'usage en contexte festif prédomine toujours, nombre de nos informateurs insérés passent par différentes phases où les usages s'accroissent, deviennent compulsifs, avec parfois des pertes de contrôle de la consommation. Selon les modalités d'usage conditionnant les quantités consommées, les difficultés financières semblent être le levier de contrôle qui permet l'autorégulation. Notons que pour ces populations, les dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage abusif ou chronique de cocaïne existent réellement. L'autogestion des problèmes quels qu'ils soient est toujours privilégiée au recours vers les dispositifs de soins médicaux et sociaux. Notons que si rencontre il y a entre ces populations et les dispositifs spécialisés, la cocaïne est rarement l'objet de la demande de soin<sup>35</sup>.

### **Des dommages somatiques pour les usagers de cocaïne**

La littérature internationale fait état de troubles somatiques clairement imputables à l'usage de cocaïne<sup>36</sup>. Sur le site, en fouillant un peu dans les biographies des usagers de cocaïne, la description de ces troubles apparaît. Ils sont, soit autorégulés, soit, plus rarement, ils donnent lieu à une demande de soins.

Les services de cardiologie qui traitent des accidents aigus sont confrontés essentiellement aux spasmes coronariens et aux infarctus. Pour ce cardiologue de l'hôpital Rangueil, « *sur 100 infarctus chez le sujet jeune, 30 sont consommateurs de drogues et 10 de cocaïne* ». Si l'imputabilité de la cocaïne n'est jamais clairement identifiée à l'origine du trouble, la corrélation entre cocaïne et risque cardiaque est décrite par les acteurs du soin, peu importe leur place, mais aussi par les usagers. Nombreux sont les usagers qui décrivent des augmentations du rythme cardiaque suite à la prise de cocaïne même si rares sont ceux qui vont consulter. Par exemple, pour cette usagère « *ça fait partie de l'effet* ». Si pour la plupart l'autorégulation suffit, pour d'autres la répétition de ces troubles fragilise le système cardiaque jusqu'à l'accident grave.

C'est la même chose pour les troubles neurologiques. Cette usagère compulsive de cocaïne décrit son accident vasculaire cérébral, « *j'ai fait un AVC, après c'est sûr que c'est à cause de la cocaïne, c'était une période où je basais toute la journée, pendant un mois, j'ai fait que ça, et suite à un shoot, j'ai fait un AVC, coma, réanimation* ». Si ce type de complication n'est pas la plus fréquente, la liposolubilité de la cocaïne induit par sa diffusion rapide des effets neurologiques « brutaux ». Les symptômes sont plus liés à la rapidité de concentration intracérébrale qu'à la concentration en elle-même. Les convulsions et les états de mal convulsif sont les complications les plus fréquentes. Une partie importante des troubles est

---

<sup>34</sup> Escots S., Rapport local du site de Toulouse 2003 sur les phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/trendloc.html>, 2003

<sup>35</sup> Escots S., Suderie G., Prise en charge des usagers de cocaïne : quelles demandes pour quelles réponses, étude multicentrique exploratoire, ORSMIP/OFDT, à paraître Juin 08

<sup>36</sup> Ibid.

liée aux propriétés vasoconstrictrices de la cocaïne et concerne des problématiques neurovasculaires.

D'autres troubles comme les complications pulmonaires, les pathologies infectieuses sont aussi repérées directement en lien avec les modalités de consommation, soit via la cocaïne base fumée, soit via l'injection. Pour cet usager, *« j'ai fait septicémie, endocardite, sans arrêt, sans arrêt, à cause de l'injection de cocaïne »*. La consommation compulsive multiplie le nombre de prises lors de sessions qui peuvent durer de quelques heures à une semaine. Pour les injecteurs, ceci signifie un nombre d'injections important avec un risque réel de réutilisation de matériels potentiellement infectés. Au-delà de ces cas extrêmes, les pailles et les embouts de pipe à *crack* ou *free base* sont des vecteurs possibles de transmission du VHC. Trois types de troubles psychiatriques sont repérés chez les usagers de cocaïne : les troubles bipolaires, des schizophrénies et des phases de dépression plus ou moins sévères. L'imputabilité de ces troubles à l'usage de cocaïne n'est pas établie. La cocaïne agit dans certains cas sur l'expression de symptômes de manière transitoires. Pour cette usagère, *« je sais qu'il y en a qui deviennent paranos, mais ça ne me l'a pas trop fait, ça. On cherche, ouais, tout le monde cherche le caillou par terre, les points blancs, après je sais que je passais un coup de balais direct après avoir fini, quoi, voilà, pour ne pas devenir psychopathe, quoi, schizophrène. »*

Notons qu'à l'intérieur de ces comorbidités psychiatriques, il faut différencier les pharmacopsychoses et l'utilisation de drogues chez les patients psychotiques dans une tentative d'automédication. Pour ce psychiatre, *« des patients inclus pour des problèmes avec la cocaïne, ça arrive. Le mois dernier, j'ai hospitalisé une femme qui consommait de la cocaïne et ça lui posait des problèmes divers et variés. Ce n'était pas supporté par l'entourage, ça la mettait dans des états d'excitation (...) j'ai aussi deux patients qui sont porteurs de troubles bipolaires, un qui est un état limite quasi psychotique, troubles de la personnalité graves et un dernier qui vient me voir pour des états dépressifs »*.

Enfin des interactions entre les usages de cocaïne et les questions de la périnatalité, que ce soit lors de la grossesse, mais aussi autour du lien parents/enfant sont aussi repérées. Le cas souligné par cet obstétricien est typique de « l'usage festif régulier » : *« j'ai une patiente par exemple, une petite jeune fille, qui est rigolote d'ailleurs, qui ne consommait rien, ni alcool, ni drogues pendant toute la semaine, mais qui faisait pratiquement une rave party par semaine, tous les samedis et les samedis, elles buvaient, je ne sais pas combien de bières, plusieurs litres de bière, elles prenaient de l'ecstasy et de la cocaïne. Et alors, elle était très amusante parce qu'elle est venue me voir et voilà, « Docteur je ne peux pas arrêter, par contre, je peux essayer d'utiliser qu'une chose, alors qu'est ce que vous préférez : l'alcool, l'ecstasy ou la cocaïne ? »*

Aux urgences, tous les publics sont concernés. Les « insérés » y sont rencontrés pour des conséquences multiples en lien avec tous les types d'usage. Il peut s'agir d'usagers opportunistes, réguliers ou compulsifs. Les problèmes présentés peuvent être d'ordres somatiques ou psychiatriques souvent lié à un surdosage. Cet urgentiste rapporte le dernier cas de troubles qu'il impute à la cocaïne : *« J'en ai vu un cas, il y a deux ou trois jours, il sortait de prison le jeudi soir, il avait fait la fête, et le vendredi matin il arrive ici parce qu'il était tachycarde, angoissé, hyper stressé, et il m'a dit « hier, on a picolé, j'ai pris de la cocaïne »*.

Liés à des surdosages et/ou des associations de produit et particulièrement l'alcool, les patients présentent des syndromes anxieux, avec ou sans agitation, accompagné ou pas d'une douleur ou d'une oppression thoracique. Ce type de syndrome est indifférent à la forme chimique de la cocaïne et aux modes d'administration, il se rencontre aussi bien avec des

sujets qui ont injecté, sniffé ou fumé. Parfois ce type de syndrome débouche sur une réelle pathologie vasculaire.

Pour une actrice de la réduction des risques, *« on observe de vrais dégâts avec tout ce qui est nécroses de veines ; il y a des particularités qui sont plus liées à la cocaïne, voire au mélange des deux, on voit quand même beaucoup d'injecteurs de Subutex, parallèlement, injecter de la cocaïne, et parfois beaucoup, et du coup les dégâts se mélangent, mais ce sont souvent les personnes qui ont de plus gros problèmes, au niveau des abcès, des veines nécrosées »*.

Notons enfin que les médecins du dispositif comme les acteurs de la réduction des risques remarquent des pertes de poids importantes pour des personnes qui sont dans des usages compulsifs, souvent injectrices, ou consommant la *cocaïne basée*. Ces amaigrissements sont des signes de consommation chronique et répétée durant des sessions relativement longues.

Pour cette usagère, *« le fait de ne pas dormir, de mal manger, et oui, on se nourrit plus, mais plus, du tout mais vraiment, nous ça nous est arrivé parce que ça faisait deux jours qu'on avait pas manger de se dire « bon quand même, il faut aller manger », on va chercher des trucs au Mac Do ou je ne sais pas quoi, parce que dans ces cas là tu ne fais la cuisine ni rien et de s'apercevoir le lendemain qu'on avait pas mangé ce qu'on avait acheté. (...) Tu deviens maigre, moi j'ai été au plus bas que je n'ai jamais été, j'ai été à 45 à 43 alors que mon poids, il est entre 48 et 50. (...) Pendant que tu consommes, c'est très rapide. (...) C'est à cause de la base parce que tu ne penses même plus à manger, tu n'as plus faim »*.

### **Des problèmes de dépendance**

Charles-Nicolas<sup>37</sup> définit le craving comme *« un désir impérieux de drogue, fortement conditionné par une envie quasi instinctuelle d'en profiter sans délai »*, qui pousse l'individu à sa recherche compulsive. Cette notion est pour lui la composante essentielle de l'addiction. C'est dans les années 90 seulement que l'on s'est intéressé à l'étude systématique de cette manifestation, souvent confondue avec les symptômes du manque. Avec la montée en puissance de la toxicomanie à la cocaïne et de ses dérivés et face au désarroi des médecins sans solution, l'intérêt des chercheurs et des cliniciens pour le craving augmente. Une impulsion tenace qui peut ressurgir des années après un traitement réussi, et qu'il faut distinguer des mécanismes classiques qui sont à l'origine de la dépendance physique et du syndrome de manque.

Sur le site, les monoconsommateurs de cocaïne repérés par le dispositif de soins sont rares. Des polyconsommations sont au centre de demandes de soin.

Ce médecin de CSST et réseaux Ville Hôpital Toulouse décrit toutes les configurations de demandes de soins auprès des services de l'addictologie pour la cocaïne sur le site : *« j'ai eu quelques consultations que pour la cocaïne, (...) en disant qu'ils n'avaient pas l'impression d'être accros, mais que finalement, ils avaient du mal à l'arrêter complètement (...) parfois, c'étaient des femmes autour de la trentaine, avec un désir d'enfant derrière, et elles se disaient bien que ça allait être compliqué de faire un grossesse sous cocaïne ; c'était ça qui motivait la demande d'arrêt. (...) Je vois des patients qui consomment de l'alcool, on a l'impression que c'est « monsieur tout le monde », et en fait, en les interrogeant de plus près, le week-end, ils prennent de la cocaïne, alors que ce sont des gens qui ont 45, presque 50 ans. qui ne souhaitent pas vraiment arrêter la cocaïne (...) Après c'est aussi pour le boulot, il y en a deux ou trois qui travaillent dans une compagnie d'assurances, un autre qui travaille aux Pages Jaunes, ou dans les ventes de téléphones mobiles ; ceux-là ont la pression, et pour aller travailler, ils ont l'impression qu'avec un peu de cocaïne, ils parlent mieux, tout est plus simple. Il n'y en a pas beaucoup quand même, parce que moi, je vois plutôt des gens qui ne*

<sup>37</sup> Charles-Nicolas A., *Le craving n'est pas le manque*, Le Courrier des Addictions, 1999, 1, 8-12

*travaillent pas que ceux qui travaillent* ». Polyconsommateurs, usagers festifs, usagers compulsifs, tous les profils sont repérés dans des demandes de soins plus ou moins formelles et construites. Toutefois si on met en perspective l'évolution des consommations et le nombre de patients pris en charge pour des problèmes en lien avec la cocaïne, le compte n'y ait pas. Le manque de réponses clairement établies, une représentation d'un produit « contrôlable », les problématiques des opiacés qui cristallisent le regard des acteurs de soins sont autant d'éléments qui rendent difficile la rencontre entre acteurs et usagers.

A l'inverse, les usagers de *free base* considèrent que cette modalité peut leur faire perdre le contrôle de leurs consommations. Les moments de perte de contrôle dans les carrières de nos usagers/informateurs sont quasiment toujours en lien avec le *free base* rarement identifié comme du *crack*.

Pour cet usager, « *j'étais à moins 4000 euros, on fumait de la coke à outrance, (...) des problèmes économiques, de la fatigue, perdu avec le travail et tout, décalage avec la vie active, quoi. (...) c'était, on fumait entre amis ou quoi, mais c'était, en fait on a vu après sur des prospectus, que c'était du crack, en fait, que c'était la même chose, mais fait à la maison, quoi, après, ouais c'était entre amigos surtout, entre amigos, entre potes, dans un appart, où on vivait à plusieurs, et sinon, un peu dans les squats aussi à Toulouse (...) fumer 10 grammes d'un coup, c'est clair. Le crack, c'est abusé, mais, si, quand même, il faut savoir s'arrêter et tout, quand on commence à fumer, ouais, c'est clair, c'est incontrôlable, carrément.* ». Idem pour cet usager de cocaïne base « *Mais bon, avec le produit dans les poches, s'il est bon, c'est dur de s'arrêter. Mais quand tu veux dormir, t'y arrives pas. Et voilà, quoi, tu t'aperçois que c'est 6h30, que le réveil sonne, « et merde, c'est déjà l'heure de travailler* ».

Pour cette usagère c'est cette modalité d'usage qui est dangereuse, « *benh, ouais, tu prends un trait, tu vas faire tes courses, tu vas aller voir tes potes, (...) alors que le free base c'est fini, tu ne sors plus de chez toi quoi. T'es là, tu fermes les volets, ça n'a plus rien à voir, quoi. Et puis autant des lignes, tu vas dire à tout le monde « ouais, j'ai pris des traits, nin-nin.* », *free base tu vas pas le dire comme ça, « ouais, j'ai pris un free base », ce n'est pas pareil quoi. (...) à fumer, je sortais juste vraiment quand c'était moi qui devais aller au plan, parce que c'était mon plan de coke, j'y allais, quand il fallait que je vois un gars pour qu'il m'entraîne, que je récupère les thunes, j'y allais, et puis dès que le minimum a été rentré pour rembourser et là, ce n'était plus question de faire de l'argent, là, quand tu en es à ça, tu ne penses plus, tu n'es plus dealer, quoi. T'es juste, tu es consommateur, voilà, le fric, tu dépenses plus d'argent, quoi, t'es pas là pour faire de l'argent quoi, t'es là pour te défoncer, quoi, ça n'a plus rien à voir. Tant que tu prends des lignes, tu peux faire de la thune, sans problème. Mais après, même sans en prendre beaucoup, parce que tu es dans un autre, tu es encore de le, je ne sais pas, quand tu en prends trop de ces free bases, tu es hors société complet, tu es dans petit groupuscule de truc, et c'est fini, quoi, il n'y a plus que ça qui compte quoi* ».

Les modalités d'usage via la base fumée et/ou d'injection augmentent la concentration plasmatique de la cocaïne et amplifient les effets et la compulsion. Notons toutefois des cas de pertes de contrôle de la consommation qui sont aussi décrits par des usagers exclusivement « sniffeurs ».

Pour les héroïnomanes substitués ou sevrés, le crack/free base a une capacité d'induction de dépendance plus forte que l'héroïne. Pour eux, l'expérience de la sortie de la dépendance à l'héroïne injectée n'est pas une garantie de protection d'une dépendance ultérieure au *crack*.

### **Crack/free base toujours des produits différents**

La montée des consommations de la cocaïne via la forme base est à souligner. Pour ce médecin de CSST, « *on a un tiers qui basent quand même, la plupart du temps ce sont des*

*jeunes mais je me souviens aussi de ce monsieur qui a une quarantaine d'années, et qui est pas du tout dans le milieu teuffers, ni festif d'ailleurs ». Pour une actrice de la réduction des risques « sur les fiches contact, il y en a quand même 13% qui disent qu'ils utilisent du crack ou de la cocaïne basée alors que c'était moins de 5% il y a quelques années ». Idem, pour ce médecin de CSST, qui « trouve qu'il y en a de plus en plus qui basent »*

*Pour ce médecin de CSST, « Alors les jeunes, non, ce n'est pas du crack. Le crack, cela ne fait pas joli. Ce sont des gens plus âgés qui savent que c'est la même chose ».*

*Pour cette actrice de la réduction des risques, « c'est assez régulier que les mecs te disent qu'ils la basent... Pas tous les jours machin, mais chaque fois qu'ils ont de la coke, ils basent... Plus qu'avant, j'ai l'impression, avant c'était vraiment exceptionnel les gens qui basaient ».*

Dans n'importe quelles populations, l'accroissement des usages via la cocaïne base est nettement identifié. Ces types d'usage ne sont pas un phénomène nouveau. Repéré depuis 2004, peut être mal quantifié, voire très sous-estimé, ce type d'usage se développe dans toutes les populations qui consomment de la cocaïne.

Un système de représentation qui attribue à la forme base toutes les vertus pour consommer une cocaïne pure met à distance toutes les problématiques en lien avec l'usage de *crack*, connues en d'autres lieux. Pour cette usagère « *je pense que le crack, c'est un niveau de qualité de la cocaïne, je crois que c'est ça, je ne sais pas si j'en ai déjà fumé, je ne pense pas, maintenant je pense que c'est vraiment la poubelle de la cocaïne* ». Idem pour cette autre consommatrice, « *bah oui parce que pour moi baser la cocaïne c'est faire une opération chimique avec de la cocaïne (...) alors que le crack j'aurais dit que c'était des mélanges de plusieurs produits ou des restes, des résidus (...) en même temps le base c'est des résidus, alors ça je sais pas, j'aurais dit que oui mais (...) sans trop savoir vraiment ce que c'est le crack...* ».

Il n'y a toujours pas de scène ouverte de *crack* à Toulouse comme on peut le voir ailleurs (18<sup>e</sup> Paris, DOM), là où le produit, le contexte social et les représentations se superposent. Par contre ces consommations prennent une autre forme. Sur le site, *free base* et *crack* sont considérés trop souvent comme deux produits différents tant par les usagers que pour certains acteurs de santé. Si la consommation de cocaïne n'a jamais été considérée comme un problème de santé tant les opiacés étaient en premières lignes, les questions que se posent aujourd'hui les professionnels de la prise en charge des usagers de cocaïne sont claires : des réponses spécifiques peuvent-elles être mises en place ? Actuellement, face à ce phénomène les acteurs du soin « bricolent » avec les outils à leur disposition, avec de vraies réussites. Notons que le problème majeur dans le cadre de la prise en charge est la « non rencontre » entre acteurs de santé et usagers problématiques. Un produit qui dans les représentations ne pose pas de problème, une réponse aux problèmes mal identifiée par les usagers, car pas très claire pour les acteurs sont autant d'éléments rendant difficile la prise en charge.

De manière concomitante, l'accroissement des usages et des problèmes potentiels associés est à prévoir. L'évolution des espaces de diffusion de ce produit sous sa forme chlorhydrate et l'émergence puis l'élargissement de la forme base conditionnent l'augmentation progressive des dommages associés. Affaire à suivre.

## **Ecstasy/MDMA**

L'ecstasy désigne un produit (comprimé, gélule et poudre) comprenant une molécule de la famille chimique des amphétamines, la MDMA (Méthylène-dioxy-3,4-méthamphétamine combine à la fois des effets stimulants et des effets hallucinogènes. Appelée ecstasy sous sa

forme comprimé, cette molécule prend le nom de MDMA sous la forme poudre ou la forme gélule.

### **La situation sur le site**

Sur le site, ce produit est toujours repéré dans l'espace festif mais aussi dans certaines populations de l'espace urbain pour des usages hors contextes festifs ou de convivialité.

En 2007, les prix varient entre 5 et 10 euros pour le comprimé, 10 euros pour la gélule, les poudres se vendent au gramme entre 60 et 80 euros selon les contextes d'achat. Si depuis les années 2000 le prix du comprimé a chuté ce n'est pas le cas des gélules ou des poudres.

La désaffection du comprimé observée en 2006 se confirme même si les relevés ethnographiques décrivent une accessibilité plus importante au comprimé qu'à la poudre.

Les services du respect et de l'application ne relèvent pas d'évolution dans le nombre de saisies. Ce sont des cas à la marge, concomitants à d'autres affaires, soit auprès d'usagers en infraction.

Historiquement repérée dans l'espace festif électronique alternatif, mais aussi dans certains établissements de nuits toulousains spécialisés, la démocratisation de ce vecteur culturel a permis l'apparition de ce produit dans un plus grand nombre de lieux festifs.

Une responsable d'observation de l'espace festif décrit une forte présence de ce produit, particulièrement sous la forme comprimé, lors d'événements festifs électroniques dans les établissements de périphérie mais aussi lors de soirée en zones rurales autour de Toulouse. Si ce produit n'est pas présent de façon massive lors de toutes les observations ethnographiques, lorsqu'il est présent, la diffusion au sein même de la soirée est importante.

Deux tranches d'âge sont particulièrement concernées. Les moins de 20 ans dans un processus d'appartenance culturelle et les 25/30 ans intégrés dans le milieu de la musique électronique, clubbers ou alternatifs. Les plus jeunes consomment plus majoritairement des comprimés alors que la MDMA réputée pour être « *moins coupée, plus pure* » est plus revendiquée par les 25/30 ans. Une intégration dans les réseaux de deal, ainsi qu'un pouvoir d'achat relativement plus important distinguent ces deux classes d'âge.

Si une grande part de la première génération à l'origine de l'importation de la musique électronique sur le site sont plus dans des usages de cocaïne que d'ecstasy, une observatrice de cet espace remarque « *même « les paps » parfois ils font une soirée sous taz* ».

Selon les disponibilités, selon le type de soirée, le syndrome « *Chuppa Chups* » revient à la mode. En effet, plusieurs terrains ethnographiques relatent un usage important de ces sucettes sucrées. Une explication est apportée par une ancienne usagère d'ecstasy « *c'est pour les tazes, c'est à la fois pour saliver mais c'est surtout parce que tu as la mâchoire qui serre grave, et qu'il ne faut pas que tu manges ta bouche, tu prends la sucette comme ça tu bouffes ton bâton, tu ne manges pas ta langue, tout simplement, ça sert à ça. Et s'ils en vendent, c'est qu'il y a des tazes* ». Au-delà de l'anecdote, cet indicateur original rend partiellement visible un phénomène difficile parfois à mesurer.

Pour un informateur, « *La MDMA vient de Hollande, mais maintenant, il arrive en liquide et tu le refais ici, c'est transformé. Tu le fais chez toi, dans ton frigo. Je connais une méthode, tu mélanges acide chlorhydrique et sulfurique, au congélateur ; après, il y en a une autre, au bain-marie, ensuite au congélateur, et ensuite ça cristallise* ». Il est difficile d'évaluer l'ampleur de cette importation sous forme liquide, mais cet informateur n'est pas le seul à décrire ce type de préparation. Il ne semble pas que ce soit un phénomène nouveau mais on peut penser que la hausse de la diffusion de poudre de MDMA peut être expliquée en partie par ce « bricolage » artisanal.



## Tendance en évolution sur le site en 2007

Comme en 2006, les observations de consommations non opportunistes dans l'espace urbain sont repérées. L'autre tendance, mieux documentée en 2007 grâce aux investigations menées auprès des usagers de cocaïne sur le site, est l'articulation des usages de cocaïne et d'ecstasy à la fois dans la carrière de ces usagers mais aussi sur les prises concomitantes.

Si l'ecstasy et le MDMA poudre évoluent peu dans les typologies d'usage et les modalités de consommations (ingéré, sniffé, injecté dans des cas à la marge), le contenu des comprimés depuis les années 2000 n'a cessé d'évoluer. En 2007, deux tendances en évolution sont à souligner : l'apparition de la forme cristal ainsi que les « *ecstasys hallucinogènes* ».

### Espace urbain : des consommations opportunistes mais pas seulement

Le chargé d'observation de l'espace urbain décrit des usages réguliers pour une frange de la population : « *C'est un petit punk, il y a un petit moment qu'il est là, ça fait plus de deux ans que je le vois là, il est psy un peu, quand même, mais il se défonce pas mal, MDMA, ecstasy, il est branché avec d'autres* ».

Ce type de consommation, déjà décrit l'an passé chez ces jeunes en errance, se confirme. Souvent réduite à une dimension festive et conviviale, la consommation d'ecstasy s'articule à d'autres motivations. Pour cet informateur « *il en prend toute la journée (...) il le coupe en quatre, comme ça, ça lui fait plusieurs jours* ». Un prix relativement faible, « *les six, trente euros* », une accessibilité relativement simple car disponible « *dans la rue* », ce type de cas décrit à la marge en 2006 est aussi repéré dans les investigations de 2007 sur le site dans d'autres réseaux du milieu urbain.

Des jeunes plutôt en errance, ou en quête d'affiliation alternative sont les premiers consommateurs de cette substance dans cet espace. En effet, ces personnes longtemps qualifiées de « *travellers* », aujourd'hui de « *nouvelles populations* » en opposition aux héroïnomanes substitués constituent pour un observateur extérieur les nouvelles problématiques de rue. Leur appartenance à l'espace festif alternatif qu'ils revendiquent comme identité reste à discuter.

Notons que les CAARUD ne décrivent pas de cas similaires dans leur file active. Pour ces observateurs du phénomène, les consommations d'ecstasy comme d'hallucinogènes s'inscrivent dans des contextes festifs ou de convivialité et toujours de manière opportuniste.

Avec un prix situé entre 5 et 10 euros, plus souvent aux alentours de 7/8 euros le comprimé, ce produit est plus accessible que d'autres stimulants comme la cocaïne. Le rapport quantité consommée/effet n'est pas le même. La répétition des prises pour maintenir un effet dans le cas de la cocaïne, ne peuvent être comparées aux consommations d'ecstasy ou du MDMA, aux effets différents, mais qui durent plus longtemps. Ce phénomène rend automatiquement plus accessible l'ecstasy ou du MDMA que la cocaïne à disponibilité égale.

Ce produit considéré comme non addictogène est pourtant décrit comme à l'origine de comportements toxicomaniaques. Le chargé d'observation urbain décrit un cas où « *lui, c'est la zone, c'est le clébard, il dort sous un porche – il a passé l'hiver sous un porche à Bonnefoy – et dès qu'il a le RMI, il va acheter des ecstas, à un mec qu'il a bien repéré* ». Sous traitement à la BHD, cet usager semble privilégier ce stimulant dans les moments où il peut financièrement accéder aux drogues. Autrement dit, dans ce cas, le système de représentations attribue le sens drogue à l'ecstasy et non pas à l'alcool, ou à la BHD injectée consommée régulièrement voire quotidiennement. « *Pour lui se droguer, c'est prendre des ecstasys, tout le reste ce n'est pas du même ordre* » explique ce chargé d'observation. Il ajoute « *des jeunes à la rue, il y en a beaucoup comme ça* ». Il est difficile de conclure un réel changement de pratiques. Si la présence d'ecstasy est repérée depuis longtemps dans cet espace, ce type

d'usage différent, au delà du contexte festif ou de convivialité, pour une part des usagers de cet espace, est clairement documenté sur le site cette année.

À noter, des pratiques d'injection d'ecstasy repérées en 2006 ne sont pas évoquées cette année. Si aucun acteur de la réduction des risques n'avait évoqué de cas, des témoignages d'usagers auprès des chargés d'observation documentaient le sujet lors des investigations. Cette année aucun matériel ethnographique ne rend compte de ce type de pratique.

### **Association MDMA-Cocaïne et conséquences...**

Les entretiens menés auprès d'usagers de cocaïne ont permis de mettre en évidence une étroite relation entre les usages de MDMA et ceux de cocaïne, ainsi que leur articulation dans la carrière de consommation. La quasi-totalité des usagers de cocaïne non repérés par le dispositif de soins et interrogés durant les investigations, ont consommé de la MDMA.

Souvent nommée « *drogue de la découverte* » par les usagers, car elle vient au moment des premières expérimentations de drogues dites « dures », cette molécule est le produit de la « vingtaine ». La cocaïne, arrivant plus tard dans le parcours de ce type d'usager, vient dans un premier temps se superposer aux usages de MDMA. Pour une usagère « *au début y'a eu ecstas et coke mais ça c'est pas un bon mélange en fait, parce que la cocaïne ça annule tous les effets des ecstas donc c'est débile en fait (...) c'est un coup à pas sentir les effets des ecstas pendant plusieurs heures et de les sentir le matin.* »

Si l'association de ces produits ne semble pas poser de problèmes sociaux ou sanitaires majeurs, en dehors des effets non souhaités, l'abandon progressif de l'usage de MDMA pour la cocaïne dans les mêmes fonctions et dans les mêmes contextes d'usage a des conséquences sur la répétition des usages et sur la relation individuelle aux psychoactifs.

Si la MDMA est considérée quasi-exclusivement du côté de la fête, la cocaïne peut correspondre à différentes fonctions et contextes d'usage. Le phénomène de *craving*, l'accoutumance ainsi que le niveau de diffusion rendent vulnérables ces usagers aux transformations d'usages festifs à des usages réguliers, phénomènes peu décrits avec la MDMA. Autrement dit une expérience singulière avec la cocaïne, différente de celle avec le MDMA, est au centre de la modification des typologies d'usages.

Les investigations de 2006 posaient l'hypothèse que la cocaïne prenait la place de la MDMA dans les moments festifs. Pour une usagère régulière de cocaïne « *y'a aussi le fait que là je travaille, donc, faire une soirée avec du MDMA, je sais que c'est pas gérable en travaillant le lendemain, ou le surlendemain. Alors qu'avec la coke tu peux gérer et en plus le matin s'il t'en reste tu peux en prendre pour te donner la pêche* ». Dans ce cas, que l'on peut généraliser, il est clair que la découverte de la cocaïne pour faire la fête à la place de la MDMA jugée trop contraignante, a banalisé la consommation du produit *cocaïne*. Même si cette usagère n'est pas dans des usages compulsifs, des populations plus vulnérables peuvent entrer dans des carrières de dépendance avec la cocaïne qu'elles n'auraient pas connues avec la MDMA du fait de sa fonction quasi-exclusivement festive.

Une figure sociale positive et des conséquences d'usage considérées comme moins contraignantes sont deux éléments explicatifs à ce phénomène de remplacement, toutes populations confondues.

### **La forme Cristal repérée sur le site**

En 2006, le dispositif national repérait la forme « cristal » sur les sites de Paris, Lille, Marseille et Rennes. Non décrite par les investigations toulousaines de 2006, cette forme apparaît en 2007. Pour un chargé d'observation de l'espace festif « *On n'arrête pas de parler de MDMA en cristaux* ».

D'autres observateurs de cet espace décrivent la présence de cette forme de MDMA. Au mois de septembre, pour une informatrice issue de l'espace festif alternatif transe, « *la MDMA en poudre qui circule en ce moment, c'est du cristal* ».

Dans l'espace festif alternatif ou commercial, les populations qui consomment du MDMA en poudre repèrent l'apparition de cette nouvelle forme « cristal ». Vendue 60 euros le gramme, comme du « *super MDMA* », cette forme doit être écrasés préalablement pour être sniffée.

Pour une informatrice « *ça m'étonnerait que ce soit du pur (...) Quand ce n'est que du MDMA, c'est un caillou, une pierre, ce n'est pas de la poudre et ça ne ressemble pas à ces cristaux* ». Sans collecte, nous n'avons pas pu évaluer la teneur en MDMA de ces produits. Pour un autre chargé d'observation « *le cristal, j'ai l'impression qu'il leur retourne bien le cerveau* ». Une usagère décrit « *des maux de tête lors de la redescende* » qu'elle attribue à cette consommation sous forme de cristaux mais c'est le seul cas rapporté de conséquences néfastes.

De couleur blanche (aucune autre couleur n'est décrite) cette forme de MDMA semble s'être diffusée dans différents milieux de l'espace festif alternatif, mais aussi chez certains clubbers. La dénomination « *cristal* », identique à une des appellations de la méthamphétamine aurait pu être un argument de vente ou créer une confusion auprès des usagers. Ce n'est pas le cas. Cette forme appelée cristal est bien identifiée par les usagers du côté du MDMA tandis que lorsqu'on l'interroge un revendeur sur la présence de métamphétamines dans l'échantillon, il ne connaît pas « *cette gamme de produit* ».

#### **« Les extasys hallucinogènes »**

Au printemps, un chargé d'observation signale la présence d'une extasy en vogue, l'extasy/LSD. Cette molécule aurait des propriétés stimulantes mais surtout hallucinogènes générant des crises d'angoisse pour certains usagers. Ces comprimés blancs avec « *une étoile de david* » ou « *un lacoste* » comme logos sont aussi appelés extasy à la mescaline. Durant l'été, on repère des témoignages de la présence de ce produit dans différents réseaux de l'espace festif alternatif investigués par TREND.

Pour une informatrice, « *les extas c'est un toujours un peu hallucinogène, mais là c'est pas pareil, ils prennent des perches pas possible* ».

La collecte veille SINTES a permis de mettre en évidence le contenu de l'un de ces produits. L'échantillon collecté contenait des amphétamines, de la MDMA et du mCPP. Lors de la réunion de travail du groupe focal des services du respect et de l'application de la loi, le laboratoire d'analyse de la brigade des stupéfiants indique des saisies de comprimés d'extasy blanc contenant aussi du mCPP.

La note d'information SINTES du 21 juillet 2005 sur le mCPP indique les mêmes symptômes que ceux décrits par les personnes concernées : anxiété, réactions de panique, nausées, maux de tête. Notons qu'en 2007 sur le site, les produits concernés n'étaient pas repérés comme contenant du mCPP mais plutôt de la mescaline, plus vendeur. La mescaline reste un produit mythique dans la cosmogonie des usagers de drogues festifs renvoyant aux premiers hallucinogènes utilisés lors de la révolution psychédélique des années 60.

### **Pipérazines : nouvelles substances psychoactives ?**

L'OEDT souligne que ces dernières années, la nouveauté la plus importante en ce qui concerne les nouvelles substances psychoactives est la diffusion de nouveaux dérivés de la pipérazine dont un certain nombre sont apparus en Europe entre 2004 et 2006.

Sur le site après l'apparition du mCPP en 2005 vendue en tant qu'ecstasys, le benzylopipérazine (BZP) a fait son apparition en fin d'année 2006.

### **La situation sur le site**

Ce groupe de substances de synthèse est dérivé du composé pipérazine d'origine et comprend la BZP (1-benzylopipérazine) et la mCPP (1-(3-chlorophényl) pipérazine) mais aussi du TFMPP (trifluorométhylphénylopipérazine) en association avec la BZP. Ces substances sont relativement faciles à se procurer auprès de fournisseurs de produits chimiques et sur Internet et n'ont d'illicites que leur production sous forme de comprimés ou de gélules.

### **La mCPP déjà repérée à la marge dès 2005**

Selon la description qui en est donnée, la mCPP a des effets stimulants et hallucinogènes similaires à ceux de l'ecstasy (MDMA). Les comprimés contenant de la mCPP ressemblent souvent aux comprimés d'ecstasy et sont presque toujours vendus pour de l'ecstasy et les deux drogues sont souvent associées dans un même produit. On peut supposer que l'ajout de mCPP a pour objet de potentialiser ou d'améliorer les effets de la MDMA.

La mCPP (mono-chlorophénylopipérazine) a donné lieu à plusieurs descriptions même si ce type d'usage de cette molécule ne se développe que marginalement. En effet, sur le site en 2005, l'analyse par le dispositif SINTES de deux produits ayant généré des effets inhabituels à des usagers réguliers de MDMA, avait révélé la présence de mCPP dans un des échantillons.

### **BZP déjà repérée en 2006**

Pour l'OEDT<sup>38</sup>, ces dernières années, des produits contenant de la BZP ont commencé à faire l'objet d'une commercialisation agressive comme alternative légale à l'ecstasy de la part de divers détaillants particulièrement via des sites Internet. La BZP est offerte en diverses combinaisons avec d'autres pipérazines, notamment avec la TFMPP, association censée reproduire les effets de l'ecstasy.

Sur le site, cette association de substance est repérée lors des investigations de 2006 en fin d'année<sup>39</sup>. Dans la logique de consommer un nouveau produit légal, proche de l'ecstasy, la BZP est expérimentée comme d'autres molécules en association ou pas avec la TFMPP. Les éléments de 2006 ne pouvaient évaluer la disponibilité de ce produit et considéraient que ces usages restaient de l'ordre de l'opportunité.

Le CEIP de Toulouse dans un travail mené avec le dispositif local TREND a étudié cette molécule du côté pharmacologique<sup>40</sup>. La revue de la littérature met en évidence que les effets comportementaux de la BZP s'apparentent à ceux de stimulants amphétaminiques. Cet élément pourrait s'expliquer par son action préférentiellement dopaminergique par rapport à son effet sérotoninergique<sup>41, 42</sup>. L'administration aiguë de BZP chez le rat entraîne une hyperactivité locomotrice et des mouvements stéréotypés d'intensité comparable à ceux provoqués par la métamphétamine, même si les doses nécessaires sont plus élevées avec la

<sup>38</sup> <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index41528FR.html>

<sup>39</sup> Suderie G., 2007, Op. Cit.

<sup>40</sup> Poster présenté lors des journées de CEIP de Biarritz en novembre 2007 et disponible sur <http://www.graphiti-cirddmp.org/>

<sup>41</sup> Brennan K., Johnstone A., Fitzmaurice P., Lea R., Schenk R.L., 2007, Chronic benzylopipérazine (BZP) exposure produces behavioral sensitization and cross-sensitization to methamphétamine (MA), *Drug and Alcohol dependence*, 88: 204-213

<sup>42</sup> Baumann M.H., Clark D., Budzynski A.G., Partilla J.S., Blough B.E., Rothman R.B., 2005, N-substituted pipérazines abused by humans mimic the molecular mechanism of 3,4-Méthylènedioxyamphétamine (MDMA, or "Ecstasy"), *Neuropsychopharmacology*, 30 : 550-560

BZP<sup>43</sup>. De plus, chez le rat, bien que de façon moins puissante pour la métamphétamine, l'administration répétée de BZP entraîne une sensibilisation à ces effets comportementaux, ainsi qu'une sensibilisation croisée à ceux de la métamphétamine. Les différences d'effets entre la BZP et les phénylpipérazines (TFMPP (trifluorométhylphénylpipérazine) et mCPP (chlorophénylpipérazine)) sur la locomotion et les mouvements stéréotypés pourraient s'expliquer par l'action préférentiellement dopaminergique de la BZP par rapport à un effet sérotoninergique<sup>44</sup>.

L'OEDT fait état de témoignages sur les risques que présente la BZP pour la santé, ce produit semblant avoir une marge de sécurité étroite lorsqu'il est utilisé comme drogue récréative. Au Royaume-Uni, des cas d'intoxication à la BZP ont été cliniquement constatés et il a été toxicologiquement confirmé que la BZP était la seule substance psycho-active consommée pour laquelle les consommateurs avaient connu de sérieux effets secondaires dont certains avaient nécessité une admission aux urgences médicales. On n'a toutefois pas connaissance de cas mortels directement attribués à la BZP. En mars 2007, l'Union européenne a réagi aux inquiétudes croissantes suscitées par la consommation de BZP en demandant officiellement une évaluation des risques sanitaires et sociaux présentés par cette substance.

Toutefois, des effets indésirables graves du BZP (convulsions apparaissant jusqu'à plus de 8h après son ingestion) ont été rapportés dans la littérature. Des allongements du QTc, et des cas d'hyponatrémie ont également été signalés<sup>45</sup>.

### **Phénomène émergent sur le site en 2007**

Si la mCPP n'est pas vendue en tant que telle, la BZP est vendue sous ce nom à la différence d'autres pays. Ces molécules sont repérées mais les processus de mise sur le marché et d'utilisation sont différents. En effet, la BZP est disponible sous sa dénomination à la différence de la mCPP souvent vendue aux usagers en tant qu'ecstasy, en mélange ou non avec d'autres substances. Les contextes de consommation et les groupes culturels très hétéroclites différencient aussi la BZP de la mCPP.

### **De la mCPP dissimulée dans des ecstasys ?**

Sur le site « les ecstasys hallucinogènes »<sup>46</sup> sont repérés par différents chargés d'observation de l'espace festif alternatif. Elle est exclusivement vendue sous l'appellation ecstasy. Les effets de ces comprimés appelés *Étoile de David*, *Ecsta LSD*, *Ecsta à la mescaline* ou *Etoile de mescaline* selon les logos, sont décrits par les usagers de la même façon. L'analyse de ce type de comprimé par le dispositif SINTES montre la présence de mCPP, probablement à l'origine d'effets hallucinogènes puissants, en tout cas des effets plus puissants que ceux produits par les « ecstasys classiques ».

Ces observations sont à mettre en perspective avec la note d'information du 21 juillet 2005 du dispositif SINTES sur des échantillons contenant du mCPP collectés sur le site de Bordeaux. Les manifestations d'anxiété, d'angoisse, de vomissements et de bouffées de chaleur

---

<sup>43</sup> Brennan K., Johnstone A., Fitzmaurice P., Lea R., Schenk R.L., 2007, Chronic benzylpiperazine (BZP) exposure produces behavioral sensitization and cross-sensitization to methamphetamine (MA), *Drug and Alcohol dependence*, 88: 204-213

<sup>44</sup> Baumann M.H., Clark D., Budzynski A.G., Partilla J.S., Blough B.E., Rothman R.B., 2005, N-substituted piperazines abused by humans mimic the molecular mechanism of 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, or "Ecstasy"), *Neuropsychopharmacology*, 30 : 550-560

<sup>45</sup> Wood D.M., Dargan P.I., Button J., Holt D.W., Ovaska H., Ramsey J., Jones A L., 2007, Collapse, reported seizure-and an unexpected pill, *Lancet*, 369:1490

<sup>46</sup> Décrite dans la partie ecstasy

évoquées par les informateurs toulousains en 2007 sont similaires à celles décrites par la coordination de ce site à l'époque.

Ce phénomène circonscrit à quelques réseaux semble s'atténuer en fin d'année après un pic de cas recensés au printemps et au début de l'été 2007.

### **BZP/TFMPP, confirmation de nouveau phénomène**

L'apparition sur le site TREND de Toulouse de la benzylpipérazine (BZP) a été l'un des événements marquants de 2006<sup>47</sup>. Localement peu connue à l'époque, que ce soit par les usagers comme par les observateurs cette molécule est mieux documentée aujourd'hui. L'intérêt des usagers pour ce produit s'inclut dans la mouvance de la recherche de « *drogues légales* ».

L'existence de ce nouveau phénomène de consommation de « *drogue légale* » dans la région Midi-Pyrénées est corroborée par des observations de consommations lors du Teknival de Pamiers, par les enquêtes ethnographiques des espaces festifs alternatifs et commerciaux mais aussi par le témoignage d'acteurs de la réduction des risques dans cet espace.

Un échantillon collecté début 2007 par le dispositif SINTES et évoqué dans le rapport de 2006 confirme les discours recueillis dans les différents espaces investigués par le dispositif TREND. Rappelons que cette gélule contenait une poudre blanche (200mg) dont la seule substance psychoactive identifiée était la BZP. Cet échantillon n'est évidemment pas représentatif des produits qui circulent mais donne une indication sur ce circuit de distribution. En effet, un échantillon, peu ou pas coupé, caractérise une filière avec peu d'intermédiaires.

Des témoignages d'expérimentations indiquent que pour une part des usagers, la BZP est associée à la TFMPP. En effet pour cet usager, « *les Hammers que je commande sur Internet c'est 150 mg de BZP et 50 mg de TFMPP* ». Pour d'autres « *la BZP seule, ça fait pas grand chose, c'est associé au TFMPP que ça devient intéressant* » indique une usagère de l'espace festif alternatif comparant deux prises.

Les tâtonnements que l'on retrouve dans les témoignages de certains usagers sur les quantités à consommer, les comparaisons avec d'autres produits comme la MDMA (ecstasy), les associations avec d'autres produits alimentent l'hypothèse de l'émergence d'un phénomène. En effet, en début d'année, ce produit mal connu tant au niveau des effets, des dosages, des modalités d'usage est passé par une phase d'expérimentation. En fin d'année, une part importante des usagers qui ont expérimenté ce produit l'a adopté. Les consommations restent cantonnées à quelques réseaux d'initiés, mais l'accessibilité via Internet fait évoluer la disponibilité qui sort cette molécule de la consommation d'opportunité.

L'absence d'un vecteur culturel commun est à souligner. À la différence d'autres produits émergents associés à des modalités festives alternatives particulières, ou à des pratiques chamaniques acculturées, l'usage du BZP parfois associé à la TFMPP pour ses effets entactogènes, est perçu par les usagers interrogés comme un stimulant légal, ayant a priori peu de conséquences délétères sur la santé.

## **Amphétamines**

Les amphétamines sont des psychostimulants et anorexigènes puissants, qui se présentent sous forme de poudre à sniffer ou parfois en comprimés. Elles sont le plus souvent appelées *speed*. La consommation des amphétaminiques est essentiellement festive, mais l'amphétamine est également utilisée par certains comme produit dopant ou comme coupe-

---

<sup>47</sup> Suderie G. 2007. Op. Cit.

faim. Utilisée dans un cadre médical par le passé pour diminuer l'appétit, elle n'est plus autorisée à la prescription qu'en cas d'indications très restreintes (et sans rapport avec l'appétit) et uniquement chez l'enfant. L'amphétamine est classée comme stupéfiant en France.

Les amphétamines sont présentes sur le site depuis le début des investigations TREND. Cette molécule est essentiellement présente dans l'espace festif électronique et plus particulièrement dans les milieux alternatifs (*free parties* et *teknivals*). Le *speed* est également présent dans les clubs et les discothèques mais à une échelle moindre. Ils proviennent souvent des milieux alternatifs. L'investigation des milieux rock en 2007 via des acteurs de prévention indique la visibilité de ce produit lors de concerts au même titre que la présence de la cocaïne. Dans l'espace urbain, le *speed* est repéré auprès des populations les plus jeunes de cet espace. Les jeunes errants mais aussi des jeunes dans des squats plus organisés, voire avec un logement stable consomment du *speed* le plus souvent dans des contextes festifs.

Cette molécule est souvent considérée comme « la cocaïne du pauvre ». Le prix du gramme de poudre varie selon la qualité du produit mais reste stable, en moyenne entre 10 et 30 euros. La baisse des prix de la cocaïne ces dernières années l'a rendu moins visible. Dans l'espace urbain, les enquêtes menées dans les dispositifs de première ligne montrent une diminution nette (49,2 vs 25) des déclarations de consommations d'amphétamines entre la période 2002, 2003 et la période 2006 alors que celles de la cocaïne augmentent dans la même proportion (49,2 vs 61,9).

L'amphétamine est très majoritairement sniffée ou ingérée<sup>48</sup>, plus rarement injectée. Dans tous les cas ce produit consommé pour son action stimulante n'est pas vécu comme un produit addictogène. Il aurait l'inconvénient de posséder un goût et une odeur désagréables et surtout de provoquer des descentes abruptes. Pour une consommatrice occasionnelle « *moi quand on m'a dit que c'était du mastic de fenêtre et puis l'odeur que ça a, ça a une odeur tellement forte, bah ! tu t'en rappelles, il suffit que t'aies du bon speed, si tu le laisses dans une pièce, ça imbibe la pièce...ça j'aime bien à l'occasion mais c'est une odeur tellement horrible que je le prends en ballon mais quand ça pète dans l'estomac, ça fait trop mal, tu sens que t'as des problèmes de ventre et tout après mais bon, j'aime bien mais sans plus* »

En 2007, les investigations font état de consommations d'opportunité dans l'espace urbain alors que dans l'espace festif une disponibilité plus forte permet une régularité dans les usages. Que ce soit en association avec des opiacés comme l'indique le chargé d'observation urbain, « *J'ai repéré des cas où ils se font des speed ball avec Subutex® et speed* » ou dans des usages plus traditionnels, festifs ou non, il est clair que les usages de *speed* sont polymorphes. Soit en association « *pour être bien* », soit en usage festif « *pour avoir la pêche* », ces consommations sont de l'ordre de l'opportunité même si on repère des personnes pour qui le *speed* est le produit de référence.

**Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler tant sur les typologies d'usage ou les conséquences en lien avec la consommation de ce produit.**

## **Méthamphétamines**

La méthamphétamine, dérivé synthétique puissant de l'amphétamine nommé Ya ba, Ice ou Crystal est une substance dont la consommation est quasi inexistante en France. La méthamphétamine est classée comme stupéfiant en France.

---

<sup>48</sup> Ce mode d'usage est appelé « bombe » ou « ballon ». Le *speed* est emballé dans une feuille de papier à cigarette puis ingéré. Les effets apparaissent environ 30 minutes après la prise.

Les Méthamphétamines n'ont jamais été repérées par le dispositif local, même s'il est possible que des consommations existent. Dans tous les cas, les investigations ne font état d'aucune information précise sur ce produit. L'absence de vecteur culturel limite clairement l'importation du phénomène méthamphétamine repéré dans d'autres pays anglo-saxons ou asiatiques.



# **Les Hallucinogènes**

---

Selon le rapport national TREND<sup>49</sup>, les hallucinogènes sont des substances provoquant des distorsions des perceptions visuelles, auditives, spatiales et temporelles. On distingue les hallucinogènes naturels et les hallucinogènes synthétiques. Les principales substances hallucinogènes naturelles consommées sont celles contenues dans les champignons dits « hallucinogènes ». Les autres plantes hallucinogènes (*Datura stramonium*, *Salvia divinorum*...) sont consommées mais de manière beaucoup plus marginale. Les hallucinogènes synthétiques, moins consommés que les champignons, sont le LSD, parfois appelés « acide », « trip » ou « buvard », et la kétamine, anesthésique humain et vétérinaire qui, à fortes doses, produit des hallucinations.

## **Les hallucinogènes naturels**

Peu d'évolutions sont à noter sur le site en matière d'usages d'hallucinogènes naturels. La découverte de consommations d'Iboga soit en automédication, soit dans des contextes qualifiés par certains observateurs de dérives sectaires, est repérée pour des personnes voulant traiter leur dépendance aux opiacés. Ce phénomène n'est pas émergent sur le site, les informateurs datent le début de ce type d'usage aux années 2001/2002.

### **Psilocybe, Salvia, Datura... pas d'évolutions notables**

Les champignons hallucinogènes contiennent des substances possédant des propriétés psychodysléptiques. Certains sont traditionnellement utilisés dans le sud du Mexique dans le cadre de cérémonies sacrées. Il en existe de nombreuses espèces. Certaines poussent en France, d'autres sont exotiques (mexicaines, hawaïennes, colombiennes...). Les champignons les plus consommés en France sont des psilocybes et contiennent comme principe actif de la psilocybine. Celle-ci est classée comme stupéfiant en France.

Parmi les autres plantes, la *Salvia* et la *Datura* sont les plus fréquemment expérimentées.

La *Salvia divinorum* (sauge des devins) est une plante appartenant aux nombreuses espèces de sauge. Elle doit son nom aux effets hallucinogènes et psychédéliques qu'elle engendre. Elle a été longtemps utilisée par les Indiens Mazatèques de la province d'Oaxaca au Mexique lors des rites religieux ou des cérémonies de guérison. La plante renferme plusieurs composants : la salvinorine A étant le principe actif le plus puissant et probablement le seul à l'origine des effets. Celle-ci est classée comme stupéfiant en France.

Les feuilles de la *Datura stramonium*, également connue en Europe sous l'appellation « herbe au diable », sont utilisées en infusion ou fumées pour leurs propriétés hallucinogènes liées à la présence d'alkaloïdes comme l'atropine et la scopolamine. Les espèces de *Datura stramonium* sont répandues sur tous les continents. Cette plante a longtemps été utilisée comme médicament, notamment contre l'asthme (sous forme de cigarettes) mais son utilisation pharmaceutique est interdite depuis 1992. L'intoxication peut entraîner le décès du fait notamment de troubles du rythme cardiaque.

Les champignons et les plantes hallucinogènes sont historiquement présents sur le site et toujours disponibles soit par la cueillette dans des lieux tenus secrets ou via Internet. Nos réseaux d'informateurs évoquent peu ce produit qui reste toutefois présent dans les usages et plus particulièrement dans les zones rurales autour de Toulouse. Parmi les amateurs d'expériences psychédéliques, que ce soit grâce aux plantes ou aux champignons, ces

---

<sup>49</sup> Cadet A. et coll. 2008, Op. Cit.

psychoactifs restent consommés expérimentalement ou de manière plus régulière et de façon alternée avec les hallucinogènes synthétiques.

**Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler tant sur les typologies d'usage ou les conséquences en lien avec la consommation de ce produit.**

### **Iboga, découverte d'un phénomène**

L'Iboga est une préparation à base de racines d'un arbuste des forêts équatoriales d'Afrique de l'ouest, *Tabernanthe Iboga*, traditionnellement utilisée par les populations locales dans le cadre de rites initiatiques ou religieux. Son principal principe actif est l'ibogaïne. Le rapport TREND national 2006 note que son usage a toujours été en France extrêmement marginal. L'étude ethnographique sur les usages contemporains de champignons et de plantes hallucinogènes ne signale qu'un seul individu ayant expérimenté l'Iboga sur les 30 personnes interrogées<sup>50</sup>.

Déjà repéré sur le site en 2005, classé stupéfiant depuis, ce produit est toujours présent. Son utilisation à des fins thérapeutiques est décrite par plusieurs informateurs. D'autres sources émanant des services du respect et de l'application de la loi<sup>51</sup> et d'un médecin de CSST corroborent une réelle diffusion, même si elle concerne apparemment un groupe restreint de personnes.

### **Une molécule mais de multiples formes d'usage**

Pour un informateur, se définissant toxicomane, et en recherche de sevrage, *« d'abord on commence par voir des filets lumineux devant les yeux ; ça c'est le premier symptôme (...) au bout d'une heure, on est ivre, on marche pas droit, on coordonne pas bien les mouvements. Après il y a des bruits, des sifflements. Moi une fois, ça m'est arrivé ; j'avais l'impression que tout l'immeuble sifflait »*.

Pour une informatrice en recherche d'introspection *« je n'y suis pas allée pour avoir absolument des visions mais pour vivre l'expérience ; je prenais ce qu'il y avait. J'ai vu aussi la pureté, la profondeur des yeux. Et ça on l'a tous en nous. Pour faire fructifier ça, il faut continuer toute ta vie (...) Mon impression la plus forte, a été l'accélération cardiaque la première nuit, j'étais brûlante »*.

Enfin pour un dernier informateur *« j'ai vu beaucoup de choses sous la forme d'images qui se détachaient du mur. Dans les aspérités du mur, j'arrivais à distinguer des points, qui se sont transformés en formes qui se sont assemblées. C'était en perpétuel mouvement, Donc j'ai vu des animaux, une panthère, le visage du Bouddha en vert électrique, des hiéroglyphes se projeter sur les murs, les étoiles, des choses défilaient, des formes de vie que je n'arrivais pas à distinguer ; des espèces de petits bonhommes. J'ai vu un hérisson qui se détachait d'un tas de fougères (...) J'ai ressenti des émotions très fortes ; dans la poitrine en rapport avec l'énergie universelle que je pratiquais »*.

L'action hallucinogène de la molécule est évidente, mais son expression et sa description sont différentes selon les diverses motivations d'usage. Quand les usagers considèrent l'iboga comme élément d'un rituel d'introspection, la dimension mystique est d'autant plus mise en avant. Inversement, particulièrement dans les situations où l'iboga est vécu comme « un médicament anti-addiction », les effets ressentis sont décrits du côté de la défonce.

<sup>50</sup> Reynaud-Maurupt C. 2006, Usages contemporains de plantes et champignons hallucinogènes, OFDT

<sup>51</sup> Le parquet recense deux affaires en 2007. On peut penser que le phénomène est quand même assez diffus pour que ces services recensent des cas alors que l'iboga n'est pas leur priorité dans leurs investigations.

Une informatrice décrit une autre forme d'usage. « *Pour moi, l'iboga c'est un stimulant, comme du ginseng, rien de plus. Quand je ne vais pas bien, que je ressens une petite dépression, elle prend ça pour aller mieux* ». Initiée au Gabon, selon elle « *pour vaincre ses problèmes de toxicomanie* », l'iboga en France à un autre statut, celui de l'effet « dopant ». Si sa première rencontre avec ce produit dans le cadre du rite l'a « *transportée, lui a procuré des hallucinations intenses* », aujourd'hui elle consomme l'iboga « *comme un bâton de réglisse qu'elle mâche avec du miel, pour (se) sentir bien* ».

### **Phénomène d'acculturation**

Au Gabon, l'iboga est considéré comme un outil dans l'accomplissement du rite Bwiti qui a pour objet de soigner « les maladies mystiques ». Cette plante est classée au patrimoine national du Gabon. En France, l'AFFSAPS a rendu un avis favorable pour le classement de l'Iboga et de l'Ibogaïne au tableau des stupéfiants. Ce produit est donc soumis à la loi depuis le 12 mars 2007.

Du point de vue occidental, penser les maladies mystiques selon les référentiels de la médecine et de la thérapeutique est culturellement complexe. Pour un tradipraticien formé en Afrique, « *il y a la maladie physique, auquel un médecin avec un scanner, une chirurgie peut être utile, mais il y a les maladies de l'esprit que tu ne peux pas traiter si tu ne connais pas la clé* ». En oubliant entre autres une des clés occidentale, les psychothérapies, cet expert de l'utilisation de l'iboga justifie son usage pour pallier les limites de la médecine occidentale. En effet, dans la culture Gabonaise<sup>52</sup>, l'iboga est destiné à soigner seulement dans le cadre rituel où musique, transe, communication avec les esprits font un tout et permettent selon des indicateurs d'efficacité spécifiques de résoudre les problèmes des initiés.

Pour le tradipraticien expert, « *il ne faut pas voir l'iboga dans le sens de la consommation parce qu'initier ce n'est pas seulement avec l'iboga* ». En même temps, que ce soit dans une recherche d'introspection ou pour ses qualités anti-addictives, les témoignages des informateurs réduisent souvent cette substance à ses propriétés pharmacologiques, qu'ils connaissent mal d'ailleurs. Autrement dit, le rite perd sa dimension thérapeutique au profit de la seule action moléculaire pour la majorité des usagers.

Si les militants de cette substance oublient souvent son inclusion dans le rite, plus grave ils oublient le phénomène d'acculturation que tout objet subit quand il est importé d'une société à une autre. L'iboga, outil du rite thérapeutique au Gabon, devient le médicament introspectif ou de sevrage au travers d'une conception médicale occidentale déterminant plus ou moins directement les représentations des usagers. Si au Gabon, c'est la globalité du rite qui est thérapeutique, en France c'est la propriété pharmacologique de la substance qui soigne.

La collusion d'un rite thérapeutique au Gabon et les propriétés pharmacologiques de l'ibogaïne décrites par quelques études anglo-saxonnes, place l'iboga comme un remède alternatif et efficace pour certains usagers en difficultés avec leur dépendance. Concrètement, les usagers minimisent l'impact du rite et privilégient celui l'iboga. Nos informateurs et particulièrement ceux qui souhaitent se sevrer d'une addiction considèrent l'iboga comme un médicament en l'expurgeant dans sa dimension africaine. Si pour une des informatrices, « *j'avais cette image que la médecine africaine pouvait m'aider à soigner ma toxicomanie* », les autres informateurs décrivent un Iboga médicament reléguant la dimension rituelle africaine à de... l'exotisme.

Dans un schéma de substitution de l'héroïne par le BHD ou la méthadone, l'iboga vient une fois de plus remplacer cette molécule de substitution, médicament un temps, drogue aujourd'hui.

---

<sup>52</sup> L'Iboga est aussi présent au Cameroun lors du retournement des corps des défunts

Si l'iboga soigne tout mal, il prend un écho plus grand pour ses propriétés anti-addictives. D'ailleurs pour la majorité des personnes interrogées, c'est pour cette fonction qu'elles le consomment, soit au travers de l'initiation, soit par un usage anarchique.

Rappelons la dizaine de cas de décès qui ont été répertoriés en Amérique du Nord et en Europe, dont un en France en 2006. La méconnaissance des conséquences d'usage à la fois par les usagers et certains praticiens peut expurger de sa substance le rite africain au profit d'une utilisation très occidentale d'une molécule dans des mésusages parfois problématiques.

### **Une fonction thérapeutique**

Comme le décrit un médecin d'un CSST, « *cette molécule n'a pas une fonction festive, les personnes consomment ce produit pour se sevrer* ». En effet, sur la dizaine d'informateurs interrogés, seule une personne déclare ne pas avoir de problème de dépendance.

L'iboga, plus que le rite, est considéré comme une solution alternative quand la médecine traditionnelle n'apporte plus de solution.

L'iboga n'entre pas dans des consommations festives comme d'autres hallucinogènes. Comme tous les informateurs interrogés, cet usager considère que « *c'est immangeable, c'est horrible. Et le pire c'est qu'il faut le manger mais après on le vomit. Donc il passe deux fois. Et quand il passe une deuxième fois, alors là c'est la catastrophe. Et après on est dégoûté* ». Pour un usager de LSD, « *ça n'a rien à voir avec le LSD, c'est incomparable. Par exemple, l'iboga m'a emmené dans des choses horribles (...) il n'y a aucun plaisir. Je n'avais qu'une envie c'est qu'à la fin des 48 heures, ça s'arrête* ».

Une autre usagère voulant stopper sa consommation de BHD explique « *je n'ai pas voyagé, physiquement c'est dur, on n'est pas bien, comme si on était complètement bourré, ce n'est pas agréable (...) tous les gens qui font l'initiation te le disent, c'est pas un cadeau. Je n'en ai jamais vu qui en rigolaient* ».

Dans le cadre du rituel, que des associations proposent contre rémunération, ou en dehors, lors de prises anarchiques, les descriptions des effets sont les mêmes. « *On vomit ; c'est plus un nettoyage où l'iboga te montre des choses. Tu régles tes problèmes* ». Que les problèmes soient en lien avec la dépendance aux psychotropes, ou de l'ordre du mal-être psychique, la démarche de soin prévaut sur celle d'un état modifié de conscience hédonique.

Un usager décrit le rite auquel, il a participé : « *Pendant deux nuits, (ça commençait à la tombée de la nuit), il y a eu le rituel. Il y avait un corps de garde ; les gens étaient assis en face de nous. Des personnes guidant la cérémonie, d'autres accompagnants. Ils ont entendu les personnes, les unes après les autres, pour savoir ce qu'elles étaient venues chercher. Après, le rituel a commencé. De la musique, les souquets, le mitsanga ; tous les instruments qui font du bruit pour accompagner des chants. Après, on s'est préparé ; ils nous ont accompagnés, lavés. Ils nous ont mis de l'eau avec des plantes. Il y a donc toute une préparation avec nettoyage du corps avec des plantes, des huiles essentielles. Après, on a commencé à prendre l'iboga. Régulièrement dans la nuit, on prenait de l'iboga. J'ai vécu mon initiation. Il s'agit bien d'une initiation ; la première nuit c'est la mort et la deuxième on se reconstruit. La mort, telle que je l'ai vécue, c'est être confronté à mes propres peurs. Mes peurs de lâcher prise, j'étais bloqué mentalement. J'avais des sensations de lâcher prise qui me parcourraient le corps. Je sentais l'énergie monter, ma vibration s'étendre. Je sentais l'iboga rentrer dans mon sang et circuler dans mon corps. J'avais peur de lâcher, peur de l'inconnu finalement. À partir de là, ça m'a fait vomir. Une fois que j'ai vomi, les choses sont rentrées dans l'ordre. Puis, j'ai continué à prendre de l'iboga. Les gens qui étaient là m'ont guidé. J'ai parlé un peu avec eux. Puis, j'ai continué mon expérience* ».

Selon les représentations, les pratiques associées à cet usage sont différentes. Les initiés en recherche de références culturelles adoptent la philosophie globale du rite africain même si

comme pour cet usager « *Quand j'y suis allé, il n'y avait pas de gabonais ; donc j'étais un peu déçu parce que pour moi, pour moi il manquait cette référence culturelle, je pense que c'est une reproduction du rituel qui se fait au Gabon, bien que je ne le connaisse pas.* ». Pour d'autres, l'iboga est une molécule, un médicament alternatif qui va résoudre leur problème de dépendance la plupart du temps à la BHD. Cet usager donne clairement ces motivations : « *Non on a pas souhaité être accompagné, on l'a pris ici (leur maison) mais on ne voulait pas faire de voyage, on voulait simplement arrêter le Subutex®* ».

Un couple décrit son expérience de sevrage de BHD par l'Iboga. « *On a eu trois essais. Deux essais avant qui n'ont pas très bien marché parce que on l'avait pris d'un coup* ». Dans ce cas le rite et la référence culturelle disparaissent au profit d'une utilisation de type médicamenteuse. « *Ca marche obligatoirement, ça stoppe l'addiction, ça c'est obligatoire. Mais c'est après, il faut tenir. En plus quand on arrête le Subutex® on a deux mois de fatigue énorme, il faut tenir pendant ce temps-là. C'est ça le plus dur en fait* ». En d'autres termes l'iboga n'avait pas comme une fonction de substitution à la BHD mais aurait pour effet de pallier le manque. Cet apaisement ne dure qu'un temps et n'est pas si automatique que cela. « *On arrête net, à partir du moment où on a pris l'iboga. La première fois on a essayé avec une grosse dose, en pensant qu'on allait faire le voyage aussi ; mais non. Donc ça a stoppé l'addiction mais ce qu'il y a avec la fatigue et tout, on n'était pas au courant, on a recraqué au bout d'un mois, un mois et demi. Parce que la fatigue était trop dure à supporter* ». Sans chercher à analyser l'efficacité de cette molécule, il est clair que cette molécule n'est pas la molécule miracle, même pour ses plus fervents défenseurs. On peut penser que si la toxicomanie est à la fois psychique, sociale et biologique, l'action de l'iboga ne suffit pas. Bien sûr un argumentaire est avancé pour analyser le phénomène « *on a réessayé une seconde fois, pareil on n'a pas tenu 3, 4 mois après peut-être. Et puis le problème c'est qu'on vomissait tout. Parce que le Subutex® même 24, 48 h après, ça fait éliminer l'iboga. Donc l'iboga n'avait pas le temps d'agir. L'iboga agit sur les cellules, elle ne reste pas dans le corps. Elle met en route des cellules. Elle déclenche des choses, c'est une réaction en chaîne. Si on reprend un stupéfiant ça va ralentir l'action, c'est évident* ». Sans rentrer dans le détail de l'argumentaire physiologique avancé par certains expliquant les échecs du sevrage, que ce soit dans un cadre ritualisé ou non, les personnes réussissant un sevrage sont peu nombreuses. Le rapport coût/résultat de ce traitement alternatif entre 250 euros et 300 euros pour la plante et 800 euros pour le stage de deux nuits (plante non comprise) semble prohibitif, du moins dans une optique de sevrage.

Une population en difficulté avec sa substitution, parfois dans une situation de précarité, peut devenir vulnérable à ce type de proposition. « *Oui. On a tout essayé. On savait plus comment s'en sortir. On pensait même en prendre toute la vie. Puis quand j'ai vu un reportage à la télé sur l'iboga, je me suis dit ben voila. Il y a que 5/100 qui arrête le Subutex®. Il y en a qui en prennent depuis 10,12 ans* ». La lassitude d'une substitution qui dure, une sortie de toxicomanie perçue comme difficile voire impossible créent les conditions d'une vulnérabilité pour adhérer à des solutions alternatives souvent plus proches de la dérive sectaire que d'une thérapeutique alternative.

## **Les hallucinogènes synthétiques**

Les hallucinogènes synthétiques que l'on peut trouver en France sont le LSD, la kétamine et le GHB. Si les investigations ne font pas état d'évolution majeure concernant le LSD, un produit historiquement diffusé sur le site, deux phénomènes marquants sont à souligner :

- La consommation de kétamine discrète jusqu'à présent prend une nouvelle place dans le paysage des drogues festives sur le site.
- Le GHB fait son apparition sur le site dans l'espace festif gay durant l'année 2007.

## LSD, peu de changements

L'acide lysergique est naturellement produit par un champignon, l'ergot de seigle. En 1943, Albert Hoffman synthétise le diéthylamide de l'acide lysergique dont les initiales sont LSD en allemand et en expérimente accidentellement les effets hallucinatoires. Le LSD et son usage furent particulièrement associés à la contre-culture des années 60. Le LSD est classé comme stupéfiant en France.

Les investigations de 2006 sur le site de Toulouse faisaient état d'une large diffusion de cet hallucinogène dans divers milieux de l'espace festif mais aussi dans l'espace urbain. L'apparition d'une nouvelle forme, la gélatine, avait été repérée ainsi que l'augmentation de la forme de « goutte ». En 2007, ce produit est resté disponible dans les deux espaces toutefois dans des proportions moins importantes que l'an passé.

Dans l'espace urbain, les usages restent de l'ordre de l'opportunité parmi les « jeunes en errance » ou les « héroïnomanes substitués »<sup>53</sup>.

Dans l'espace festif alternatif comme commercial, les consommations de LSD sont régulières. Plus présents lors d'événements festifs en extérieur (free party, rave, festival de musique), des usages en établissements soit lors d'événements alternatifs électroniques ou de soirée dans les « grands établissements de la périphérie » sont repérés. Le LSD sur le site est exclusivement consommé dans un cadre festif ou de convivialité, peu importe les populations concernées. Si c'est de l'ordre du marginal dans l'espace festif commercial une chargée d'observation de l'espace festif alternatif remarque que « *dans certaines petites teuf, c'est la vente à la criée* ». Pour la brigade des stupéfiants interrogée sur les saisies de LSD, « *on en a de temps en temps comme ça à la volée, On a eu quelques timbres cette année* ». Ces timbres appelés buvards par les usagers viennent à la marge d'affaires concernant d'autres stupéfiants, majoritairement cannabis et cocaïne. Des saisies de LSD sous forme liquide ne sont pas répertoriées, peut-être parce qu'au détour d'une interpellation il est plus difficile de repérer cette forme.

Toujours premier hallucinogène synthétique consommé devant la kétamine, la quasi-totalité des rapports ethnographiques d'événements festifs repère la présence de LSD. Une accessibilité plus ou moins importante selon les milieux festifs (alternatif ou commercial) ou selon les périodes de l'année est à noter.

Milieux transe, milieux hardcore, milieux drum'n'bass, dans une moindre mesure les clubbers, tous les milieux de l'espace festif électronique sont concernés. Les cas décrits par des observateurs de l'espace festif commercial et rock laissent à penser que le vecteur culturel électronique n'est pas au centre de cet usage à l'inverse du MDMA du début des années 2000 dans cet espace. La recherche d'effets psychédéliques, associée à une réputation de drogues non addictives, sont les deux facteurs motivant l'usage chez des usagers aux caractéristiques sociodémographiques très diverses.

Pour un informateur, la carrière d'un polyusager de drogues se construit par étapes. « *Quand on est au collège, euh, on commence à fumer les premiers joints. Après, au fur et à mesure, en fonction de certaines soirées, on est amené à découvrir d'autres choses, avec l'âge aussi, et obligatoirement, je crois que la deuxième chose que j'ai consommé c'était le LSD, puis l'ecstasy, et la cocaïne après, ouais, mais c'est pas pareil* ». En évitant de raviver la théorie de l'escalade qui voudrait qu'une consommation de cannabis rende inéluctable l'usage

<sup>53</sup> Sudérie G., 2006, Op. Cit.

problématique d'héroïne, la consommation de LSD a un statut à part chez les polyconsommateurs. Elle correspond souvent à une période précise de leur carrière d'usager. Les premières expérimentations de LSD sont souvent décrites par les usagers comme des moments initiatiques. La peur et l'appréhension de cet usage, lors des premières expérimentations d'une drogue dont on maîtriserait mal les effets, marquent les mémoires.

À 10 euros maximum la goutte ou le buvard (moins utilisé), ce produit relativement peu onéreux attire des populations en recherche d'expériences psychédéliques, qu'elles soient jeunes ou non, dans l'expérimentation des psychotropes ou dans des usages réguliers d'autres substances. Des associations avec l'alcool, MDMA ou cocaïne sont décrits.

La forme gel repérée l'an passée et à laquelle on promettait un grand avenir n'a pas fait la percée prévue. Présente au printemps dans certains réseaux, pour une chargée de collectes SINTES « *c'est difficile pour en collecter parce que quand tu demandes à une personne « tu ne sais pas où je pourrais trouver du LSD en gel ? », « si, il y a machin, je crois qu'il en a », et puis en fait, tu n'arrives jamais à la personne, mais il y en a »*. Épiphénomène ou difficulté pour le dispositif de collecter des informations sur cette forme de LSD la question demeure.

C'est la forme goutte qui reste la première forme d'usage, soit sur la langue, dans une boisson ou plus rarement dans l'œil. Le support buvard en voie de disparition en 2006 est quand même repéré par les observateurs.

**Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler tant sur les typologies d'usage ou les conséquences en lien avec la consommation de ce produit.**

### **Une plus grande diffusion de kétamine sur le site**

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

### **Espace festif alternatif : une demande satisfaite**

Les investigations de 2006 laissaient à penser que ce produit était très recherché particulièrement dans l'espace festif alternatif même si une faible diffusion restreignait son accessibilité à quelques petits groupes.

En 2007, une demande toujours aussi forte a rencontré une offre plus importante. Les observateurs ethnographiques comme les acteurs de prévention dans l'espace festif alternatif sont unanimes : « *la kétamine arrive en force* ». Plus précisément, pour un acteur de la réduction des risques dans l'espace alternatif, « *la kétamine, ce n'est pas que le milieu transe, c'est vraiment le milieu teuf en plein air (...) en tant que réassureur, sur 5 réas que j'ai faites en septembre, j'en ai fait 3 de kétamine, ce que je ne faisais pas il y a un an* ».

Ce même acteur décrit des cas hors free party : « *J'avais une meuf complètement défoncée sous K à la fête de la musique, mais c'était à côté du son hard tek, sous le pont* ». Si on excepte le clubbing, des consommations en lien avec un public proche des mouvements culturels électroniques sont repérées.

D'autres sources corroborent une hausse de la disponibilité de la kétamine sur le site. Pour ce médecin de CSST, « *on nous parle toujours de la kétamine mais il n'y a pas de demandes de soin par rapport à ça, ce sont des consommations occasionnelles* ». Pour un urgentiste, « *la kétamine, ça commence à arriver et notamment on en a beaucoup rencontré dans les raves* ».



*parties* ». Un médecin d'un autre CSST indique que la diffusion de ce produit est en augmentation. Elle rapporte le cas de ce patient expliquant comment « *dans les soirées festives, les gars qui vivent tous dans leurs camions ont tous leur petite poêle à frire, pour cuisiner leur mélange dans leurs camions* ».

Pour une chargée d'observation de l'espace festif alternatif, comme pour les acteurs de la réduction des risques dans cet espace, « *ça se démocratise* ». Si on doit pondérer par rapport au nombre de personnes concernées, ce phénomène marginal jusqu'alors touche « *par onde les copains des copains et ainsi de suite* » précise cette même informatrice.

Un médecin de CSST rapporte les motivations d'un usager. « *Lui dit qu'il n'aime pas le MDMA parce que ça fait des descentes désagréables, il préfère la kétamine...* »

Des effets hallucinogènes puissants sont associés à des descentes moins brutales que les stimulants

### **De l'espace festif à l'espace urbain ?**

Depuis le Teknival de Revel en 2004, les acteurs de la réduction des risques de l'espace urbain sont sensibles aux discours d'usagers de kétamine.

L'an passé les acteurs observaient que des jeunes en errance, en quête d'affiliation alternative, à l'intersection des espaces, revendiquaient des consommations de kétamine. En effet, dans le début des années 2000, et plus particulièrement après 2004, ce produit, diffusé et très valorisé dans l'espace festif alternatif, s'est inscrit dans la « cosmogonie » de l'espace festif électronique alternatif. Revendiquer la consommation de ce produit « spécifique » d'un milieu ou d'un espace, même exceptionnellement, fait partie des arguments d'identification à l'espace festif alternatif.

Même si ce produit est à ranger du côté de la fête alternative, et plus particulièrement électronique, pour des acteurs de la réduction des risques de l'espace urbain, quelques personnes dans leur file active seraient tout de même réellement concernées.

Pour un acteur de la réduction des risques de cet espace, « *ce n'est pas du tout la même mesure que quand les mecs ils vont régulièrement en teuf, pour certains ils se font leur propre teufs avec trois camions au bord de la Garonne, tu vois, et régulièrement t'entends qu'il y a de la kétamine qui a tourné* ». Si le phénomène est clairement moins important que dans l'espace festif alternatif, quelques cas, toujours dans des contextes festifs plus ou moins organisés sont repérés.

Une actrice d'une autre structure de réduction des risques décrit aussi un cas : « *On m'en a parlé une fois au Cours Dillon, par là-bas, parce qu'on m'a dit en ce moment il y en a un peu qui tourne, mais c'était de la kétamine qui se vend en grammes, alors que c'est un liquide normalement* ». Si un phénomène de porosité existe entre les espaces, il est important de noter que ce produit porté par une fonction festive prend peu de place dans les usages de l'espace urbain.

En ce sens un acteur de la réduction des risques remarque deux catégories : « *Après je pense qu'il y a ceux qui aiment et ceux qui n'y touchent pas ! Parce que dans les mêmes groupes t'as des mecs qui prennent de tout sauf de la Kéta et t'en as d'autres, à la rigueur, ce sera la kétamine qu'ils chercheront en premier* ». Sans avoir d'éléments ethnographiques plus précis, on peut faire l'hypothèse que les jeunes en errance en quête d'affiliation alternative sont les plus concernés par ces usages, là encore dans une recherche d'affirmation et d'appartenance au milieu de la musique électronique.

### **Prix, préparation et modalité d'usage**

La kétamine est un liquide qui selon nos informateurs viendrait d'Italie ou d'Angleterre, voire d'Inde mais via des réseaux très spécifiques, ressemblant plus à du micro-traffic régulier qu'à des réseaux de vente complexes traditionnels.

Pour une responsable d'observation de l'espace festif alternatif, *« c'est un business intéressant, tu peux faire 1000 euros de bénéfices sur une fiole si tu sais bien la transformer et en plus, il y a une vraie demande »*. Pour une usagère/revendeuse, *« tu prépares ta kétamine, on va la vendre au gramme parce que ça rapporte vachement plus de fric que de la vendre en liquide »*. Selon nos informateurs, quelques gouttes déshydratées via un bain-marie produiraient *« un bon gramme »*. Toujours pour cette informatrice, *« avec une fiole d'un litre acheté entre 600 et 800 euros, on fait 53g que tu revends 30 ou 40 euros le gramme »*. Après un petit calcul on se rend compte que le bénéfice est plus qu'intéressant, *« même sans couper la poudre après »*.

Ce produit se vend donc à l'utilisateur, la plupart du temps en poudre après transformation du liquide pour une consommation en sniff. Ces « préparateurs » dosent par l'intermédiaire d'une seringue la kétamine pour optimiser leur « cuisine ».

Des problèmes de volatilité après transformation en poudre sont décrits par les usagers. Autrement dit, la kétamine serait un produit à consommer sur le moment difficilement stockable, même il n'y a pas consensus en la matière. Pour une usagère *« si tu ne le prends pas dans les deux ou trois heures qui suivent la préparation, ça s'évente super vite »*, alors que pour un autre usager, *« quand tu l'achètes en grammes en teuf, ça fait longtemps qu'il est préparé, et tu planes pas mal quand même »*. Sans trancher le débat, on peut penser comme cette troisième usagère que *« si tu prends un trait de celle qui vient juste d'être préparée, ça n'a rien à voir, tu multiplies le truc par six »*.

La kétamine est aussi injectée, la plupart du temps en sous-cutanée ou en intra musculaire. On remarquera que lors du Teknival de Pamiers de septembre, les acteurs de la réduction des risques font état de tentatives d'injection par voie intraveineuse. Pour une actrice de la réduction des risques *« c'est une mauvaise connaissance, les cas d'injection de kétamine en intraveineuse je pense que ce sont de nouveaux consommateurs qui n'ont pas forcément l'habitude (...) il suffit que quelqu'un lui dise ça s'injecte, il le voit comme intraveineuse et il fait cette tentative-là »*. Autrement dit les cas d'injection par voie veineuse, considérés comme *« très dangereux »* par un urgentiste réanimateur sont des cas à la marge d'utilisateurs naïfs, méconnaissant les pratiques d'injection. Une attention particulière est portée à ce type d'utilisateurs dans la note « Pratiques d'injection dans l'espace festif »<sup>54</sup>. Dans cet espace, le couple injection/kétamine fonctionne dans des termes différents du couple injection/héroïne, mais la vulnérabilité de ces usagers à l'utilisation de cette modalité est claire.

Le principe de « l'effet dose » est au centre de la problématique de l'usage de kétamine. Selon les dosages, les effets vont être ressentis différemment. Autrement dit l'apprentissage de la consommation de ce produit est délicat. Des cas, où des conséquences sanitaires relativement importantes sont imputables à des consommations, sont décrits sur le site.

### **Conséquences d'usage**

Une responsable d'observation de l'espace festif alternatif décrit le cas suivant : *« il y en a quand même qui ont des problèmes ; par exemple, ils se sont achetés des petites motos cross, et le premier jour, avant le début de la teuf, le jeudi, il est tombé avec, il s'est fait mal à l'épaule et il a passé la teuf à prendre de la kétamine et du LSD, donc il a pris, je dis n'importe quoi, 20 gouttes (LSD) en trois jours, plus la kétamine. Il ne sentait rien, il a fait la teuf comme un taré, et quand il est redescendu, il avait le bras tout bleu, il criait « emmenez-*

<sup>54</sup> Voir Note dans ce rapport de Natacha Baboulène sur les pratiques d'injection dans l'espace festif alternatif

*moi à l'hôpital ! ». Donc, ils l'ont emmené à Carcassonne, je crois qu'ils lui ont donné de la morphine, pour qu'il redescende, mais il avait une grosse fracture ».*

Pour un médecin urgentiste intervenant ponctuellement dans l'espace festif alternatif électronique, « *on a des cas où des usagers viennent nous voir avec des hypertensions, des tachycardies... les gens se présentaient à 22 de tension et leur seule motivation c'était d'avoir un petit coup d'hypotension pour pouvoir continuer à aller faire la fête ».*

Enfin, pour un informateur clé du milieu transe, « *la kétamine, ça rend accro quand même ; moi, j'ai des potes qui cartonnent à ça, et quand il n'y en a plus, c'est un problème ».*

Ainsi que ce soit pour des problèmes somatiques ou des problèmes de dépendance, voire de risques infectieux chez les usagers utilisant la voie injectable, des conséquences sanitaires apparaissent clairement de façon concomitante avec l'augmentation de la diffusion de ce produit sur le site. On peut penser que le nombre de cas sera encore en hausse à la fois si la diffusion continue et si les usagers restent mal informés sur les conséquences d'une mauvaise gestion des dosages et des modalités de consommation.

### **GHB, apparition dans un nouvel espace**

L'étude menée par l'OFDT dans les espaces festifs gays à Paris et à Toulouse a permis d'élargir les investigations sur de nouveaux espaces sur le site.

Ainsi, l'investigation des soirées gaies commence en avril 2007 à Toulouse, à la recherche de consommateurs de GHB/GBL. Des entretiens réalisés au préalable font directement et indirectement mention de l'usage de ce produit par des gays toulousains depuis environ cinq ans, principalement dans le contexte de relations sexuelles dans un cadre privé. À l'exception de la mention d'un essai en appartement avant une soirée en club, la consommation des Toulousains en contexte public a le plus souvent lieu ailleurs : à Montpellier, Sitges, Barcelone, Paris, etc. Plusieurs entretiens avec des acteurs de terrain confirment ce constat : « *Ca se prend pour faire la fête ?* » s'interroge l'un d'eux. Un autre précise qu'il a effectivement rencontré à une occasion des consommateurs qu'il n'avait jamais vus jusque-là, lors d'une soirée gaie électro. Ceux-ci se distinguent selon lui des consommateurs rencontrés à Paris ou Barcelone, « *Ils font ça sagement* ». Autrement dit, il n'a pas observé de comportement très visiblement sexuel, pas d'attouchements sur la piste de danse comme on en voit fréquemment à Paris ou Barcelone lorsque le GHB/GBL est très présent. Pas non plus de comas en club dus à une surdose ou au mélange avec l'alcool, observés couramment dans les soirées parisiennes les plus *branchées*. Le constat d'une différence significative de l'usage de ce produit en contextes publics à Paris et à Toulouse s'impose donc... jusqu'au mois de décembre. Une nouvelle série d'entretiens est alors réalisée, dont un avec un *clubber* très actif, revendeur de cocaïne, usager régulier de GHB/GBL. Particulièrement résistant aux effets du produit, il sort systématiquement avec une fiole de poppers contenant du GBL dont la concentration en principe actif est 2 à 3 fois supérieure au dosage recommandé. Il confirme que ce produit était en effet peu présent dans l'espace festif un an auparavant mais que cette situation a évolué au cours des huit derniers mois. Il assure, malgré la mauvaise image de la substance, avoir largement contribué à sa diffusion en club et dans les lieux de consommation sexuelle. Il en propose gratuitement autour de lui et s'étonne de l'engouement de ses amis *hétéros* pour ce produit. Peu après cet entretien, le service des urgences nous signale un cas de *G Hole* (coma) survenu dans un sauna toulousain. Affaire à suivre.

## **Les médicaments détournés de leur usage (non opiacés)**

---

Les médicaments psychotropes regroupent plusieurs classes de substances destinées à agir sur l'activité cérébrale. Ceux-ci sont largement diffusés dans la population française. Pour la majorité des usagers, la consommation fait suite à une prescription médicale dans le cadre d'un traitement. Seule une minorité les consomme en dehors d'un cadre thérapeutique avec pour objectif le soulagement de symptômes par le biais d'une automédication ou la recherche d'une modification de l'état de conscience.

D'une manière générale, les médicaments les plus détournés de leur usage sont les benzodiazépines (BDZ) ou les molécules apparentées, principes actifs de la plupart des médicaments à visée anxiolytique ou hypnotique. Elles ont, outre leurs propriétés hypnotiques et anxiolytiques, des effets myorelaxants et anticonvulsivants. Leur utilisation continue est susceptible d'engendrer le développement d'une tolérance et un risque de dépendance physique et psychique pouvant entraîner un syndrome de sevrage.

Il faut noter que tout usage d'un médicament psychotrope tel que les BZD par un usager ou un ex-usager de drogue n'est pas synonyme de recherche de défonce. La fréquence importante des co-morbidités psychiatriques chez les usagers de drogue s'accompagne souvent d'une symptomatologie anxieuse motivant un usage, encadré ou non. Si certains mésusages sont patents, il est dans d'autres cas difficile de faire la part de la recherche de défonce ou du soulagement d'un symptôme. Ainsi, il est difficile d'interpréter le niveau des usages mesuré en structures de soins, une bonne part d'entre eux s'intégrant probablement au cadre.

### **La situation sur le site**

**Le flunitrazépam** appartient à la famille des benzodiazépines. Il est prescrit dans le cadre des traitements contre l'insomnie ou les convulsions. A fortes doses, le flunitrazépam peut induire une euphorie avec une levée des inhibitions et une amnésie antérograde (perte totale ou partielle de la mémoire des faits survenus après la prise de produit). Le Rohypnol® est toujours présent sur le site pour quelques « irréductibles ». Le Rohypnol® longtemps prescrit n'est aujourd'hui plus beaucoup accessible. Difficile d'accès les prix sont toujours à la hausse sur le marché parallèle très restreint. Le comprimé se négocie aux alentours de 15 euros.

**Le clonazépam** est une BZD anti-épileptique commercialisée sous forme de comprimés, de solution buvable ou injectable, sous le nom de Rivotril®. Ces dernières années, voulant sortir de la folie du Rohypnol® de nouvelles molécules ont été tentées. Si en 2006, il était difficile de faire des conclusions définitives sur les conséquences des consommations de Rivotril®, en 2007, on voit que les consommations de cette molécule se stabilisent.

### **Les autres benzodiazépines**

Les diffusions croisées de clorazépam et flunitrazépam ne signifient pas que d'autres benzodiazépines ne sont pas détournées par les usagers de drogues. L'Alprazolam (Xanax®), bromazépam (Lexomil®), le clorazépate (Tranxène®), le diazépam (Valium®), l'Oxazépam (Séresta®) sont repérés sur le site dans des niveaux de diffusion différents.

L'alprazolam (Xanax®) est une benzodiazépine anxiolytique utilisée pour traiter les troubles de l'anxiété souvent prescrite dans des traitements psychiatriques. Cette année encore ce médicament est identifié pour des usagers dans les files actives des différentes structures.

Anxiolytique de la famille des benzodiazépines, le Tranxène® a sa place dans les médicaments détournés de leurs usages thérapeutiques. Le Tranxène® 50 est identifié par une usagère d'opiacés comme un médicament « facile à se procurer ». Cette molécule est souvent évoquée par des usagers des files actives des deux structures de première ligne interrogées.

Le diazépam (Valium®) et l'Oxazépam (Séresta®) de plus en plus demandés sur le site en 2005, sont cités par les sources sanitaires et de réduction des dommages sans description particulière.

Le Lexomil® reste utilisé par une large population d'usagers de drogues « *dans un but de défonce* ».

### **Artane®**

La trihexyphénidyle est un anticholinergique ayant une action antiparkinsonienne, essentiellement sur le tremblement. Elle dispose donc d'une autorisation de mise sur le marché en France pour la maladie de Parkinson et pour le syndrome parkinsonien des neuroleptiques. On peut la trouver commercialisée sous les noms de marque Artane® ou Parkinane®. Un surdosage entraîne, entre autres, une confusion mentale et des hallucinations, effets recherchés par certains usagers. En 2007, cette molécule est peu repérée par les observateurs car elle est rarement prescrite pas les médecins du réseau.

### **Tendances en évolution en 2007**

Peu de changements sont à noter. La régulation des prescriptions stabilise le détournement de ces molécules. La quasi-disparition du Rohypnol® en est le meilleur exemple. Idem pour le Rivotril® toujours prescrit mais qui génère beaucoup moins de conséquences spectaculaires. Les propriétés cinétiques des autres molécules les cantonnent au cadre thérapeutique du traitement des troubles psychiques, ou à la régulation la substitution à la BHD. C'est par leur association avec l'alcool et un opiacé qu'elles peuvent être détournées dans une logique de défonce.

## **Alcool et Cannabis**

---

## **Alcool**

Le dispositif TREND n'a pas pour vocation première d'étudier les consommations d'alcool mais l'ensemble des investigations entre 2004 et 2007 font état d'une montée en charge des usages d'alcool. Que ce soit dans l'espace urbain ou dans l'espace festif, peu importe le vecteur culturel, l'alcool est le produit posant le plus de problèmes aux yeux des observateurs et des acteurs de terrains.

Des investigations exploratoires dans les quartiers d'Empalot et du Grand Mirail font état de surconsommation d'alcool par un jeune public avec des conséquences sociales et sanitaires perçues mais mal évaluées.

**Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler tant sur les typologies d'usage ou les conséquences en lien avec la consommation de ce produit. Toutefois, en 2007, il est important de souligner la confirmation de l'usage systématique en association de ce produit avec les drogues illicites dans l'espace festif comme dans l'espace urbain. À l'intérieur de ces espaces, toutes les populations sont concernées.**

## **Cannabis**

De façon générale, la résine marocaine est la forme de cannabis la plus répandue sur le site même si d'autres résines ou des herbes sont disponibles. Les analyses des saisies sont très éclectiques. Parfois inférieur à 1% de THC, parfois atteignant presque 20%, la qualité des produits n'est pas uniforme.

L'autoproduction est devenue sur le site une part non négligeable des approvisionnements, soit de manière artisanale pour amortir sa consommation, soit dans une démarche plus industrielle pour la revente.

Si dans l'espace festif, les consommations de cannabis sont plus visibles lors d'évènements en extérieurs (free party, festivals) que dans des établissements de nuit, des usages existent en amont et aval de la soirée, en appartement ou en voiture.

Pour les personnes précaires, le cannabis régulateur de l'humeur et du bien-être peut devenir un produit indispensable pour apaiser les tensions ou pour tout simplement dormir le soir.

Certains observateurs considèrent un changement de comportement chez les très jeunes consommateurs qui recherchent une consommation « défonce » et non une consommation « plaisir ».

Il est ainsi possible d'identifier deux groupes d'utilisateurs problématiques : des jeunes consommateurs avec des problèmes familiaux, sociaux et psychologiques mais aussi des utilisateurs plus anciens avec des difficultés à arrêter.

**Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler tant sur les typologies d'usage ou les conséquences en lien avec la consommation de ce produit, si ce n'est la description par les acteurs d'une hausse des usages problématiques et des demandes de soins.**



## **Conclusion des Investigations 2007**

En 2007, on note une diffusion continue de l'ensemble des produits.

Dans l'espace urbain, la consommation de psychostimulants se transforme du fait d'une forte disponibilité avec des descriptions d'usages de ce type de produit en consommations principales (très jeunes publics) au-delà de consommations d'opportunité habituellement connues. Dans cet espace, le détournement des benzodiazépines qui semble se stabiliser et l'accroissement des dommages sanitaires en lien avec l'injection de la BHD sont les tendances à souligner. Notons aussi la confirmation de stratégies de substitution très hétéroclites. Enfin des consommations de produits chez les personnes en protocole de substitution sont aussi un phénomène à évolution.

Dans l'espace festif, la recherche de nouveaux produits, type pipérazines, le développement des consommations d'héroïne dans l'alternatif, la part croissante de la disponibilité de la kétamine, la forte présence de la cocaïne dans l'ensemble des milieux de cet espace sont les faits tendances à retenir de 2007. A noter l'apparition de consommation de GHB dans l'espace festif gay.

## **Opiacés**

### **Héroïne**

Ce produit fait une apparition marquée depuis 2006 dans les descriptions d'usages à la fois par les consommateurs, par les dispositifs de prise en charge mais aussi par les services du respect et de l'application de la loi. Ce « retour » de l'héroïne concerne à la fois d'anciennes populations déjà usagères d'opiacés et d'héroïne, mais aussi une nouvelle population jeune, peu informée sur les risques de dépendance. Ces nouveaux usagers, issus pour une part de l'espace festif alternatif, avec des modalités de consommation essentiellement du côté de la voie nasale, décrivent les premiers symptômes de dépendance.

### **Les médicaments de substitution aux opiacés détournés de leurs usages thérapeutiques**

Dans l'espace urbain, la BHD reste le premier médicament détourné. Si le Subutex® est recherché, les génériques sont peu repérés sur le marché noir. Souvent injecté pour des personnes hors traitement, elle est aussi sniffée et associée souvent avec de l'alcool, parfois avec de la cocaïne. On note des logiques de substitutions pour une part des personnes en mésusage.

La méthadone est peu détournée. Toutefois des associations avec l'alcool et la cocaïne sont repérées pour des personnes en traitement. Le développement des « weekend » héroïne est aussi signalé. Autrement dit des patients sous méthadone consomment de manière opportuniste de l'héroïne, plus particulièrement dans des moments de convivialité. Cette tendance est nettement à la hausse selon les observateurs du dispositif.

## **Stimulants**

### **Cocaïne**

La diffusion reste importante particulièrement dans les publics observés par le dispositif. Peu d'évolutions sont à remarquer en termes de modalité de consommations ou de contexte d'usage. La cocaïne est consommée en sniff, sous forme base fumée (free base/Crack) ou injectée. Des patients, la plupart du temps polyconsommateurs, sont recensés pour des problèmes de dépendance dans le dispositif spécialisé. Des troubles somatiques (cardiologie,

neurologie, psychiatrie) sont aussi repérés pour des usagers de cocaïne, même si l'imputabilité directe à l'usage n'est pas automatiquement identifiée.

### **Ectasy/MDMA**

Des usages dans l'espace urbain en dehors des moments de convivialité se confirment pour certains jeunes en errance. Toutefois, cette molécule reste consommée dans l'espace festif, alternatif comme commercial et particulièrement dans les milieux de la musique électronique.

### **BZP**

Le Benzylpipérazine déjà repéré en 2006 s'est largement diffusé dans les espaces festifs. Non listé stupéfiant et disponible sur Internet en 2007, ce produit consommé en association avec le TFMPP, une autre pipérazine, est repéré dans l'espace festif alternatif comme commercial. Sous forme de gélule ou de comprimé, ce produit est assimilé à une « ecstasy douce ». Les consommateurs sont en recherche d'effets stimulants et psychédéliques.

## **Hallucinogènes**

### **LSD**

Peu d'évolutions en matière d'usage de cette molécule. Toujours dans un contexte festif, le LSD concerne les deux espaces observés dans un usage d'opportunité. La forme liquide semble être privilégiée même si les « buvards » sont toujours repérés. La forme gélatine est aussi signalée mais dans des niveaux de disponibilité et d'accessibilité réduits.

### **Kétamine**

En 2007, une forte demande a rencontré une offre plus importante. Les observateurs ethnographiques comme les acteurs de prévention dans l'espace festif alternatif sont unanimes, la kétamine est très présente dans cet espace. Consommée en sniff, en injection sous-cutanée ou en injection intramusculaire, cette molécule peut générer des effets plus ou moins néfastes chez les usagers selon les manipulations des doses.

### **GHB**

Les premiers cas de consommation de cette molécule dans l'espace festif gay sont repérés en 2007 via les enquêtes ethnographiques mais aussi les urgences.

## **Médicaments non opiacé**

Le détournement des benzodiazépines principalement semble se stabiliser. Le bromazépam et le clonazépam restent les molécules les plus détournées en association avec l'alcool et les opiacés.