



OBSERVATOIRE  
FRANÇAIS DES  
DROGUES ET DES  
TOXICOMANIES

**T R E N D**

*Tendances récentes et nouvelles drogues*

**PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS  
LIÉS AUX DROGUES  
EN 2008**

**TENDANCES RÉCENTES  
SUR LE SITE  
DE TOULOUSE**

# Phénomènes émergents liés aux drogues en 2008 sur le site de Toulouse

Tendances Récentes et Nouvelles  
Drogues (TREND)

---

◆ Juin 2009 ◆

---



# Phénomènes émergents liés aux drogues en 2008 sur le site de Toulouse.

---

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

**Juin 2009**

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

Sandrine Fournier

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

Natacha Baboulène, Sandrine Fournier, Céline Leven, Fabien Sarniguet, Édith Saurat, Elsa Raczymow, Serge Escots.

## Participation au Rapport

Mme Dominique Coquizart (Substitut du Procureur), M. François Lopez (SRPJ), M. Éric Lacombe (G.I.R.), Mme Valérie Carbonnel (Policrière formatrice antidrogue), Docteur Marie-Pierre Escot (LPS « Toxicologie »), M. François Rousseau (Chef de la brigade des stupéfiants), Docteur Pascale Visinoni (Chef de la section de toxicologie médico-légale).

Docteur Jacques Barsony (PRA 31), Docteur Claire Boy (Centre Maurice Dide), Docteur Marie Créquy (Centre Maurice Dide), Mme Hamida Ghazi (PRA 31), Docteur Agnès Lafforgue (PRA 31), Docteur Marie Josée Ferro-Collado (AAT, CSST), Docteur Daniel Garipuy (Hôpital Joseph Ducuing, PRA 31), Docteur Karima Kouba (Association ARPADÉ, CSST), Docteur Catherine Feldman (Association Clémence Isaure, CSST), Nathalie Peyre (Pharmacie), Docteur Vincent Bounes et les membres de l'équipe du SMUR.

M. Jérôme Murat, Mme Christine Defroment, M. Saïd Bousseta, M. Mustapha Haddou (Association AIDES, CAARUD),

M. Jean-Luc Arnaud, M. Robert Campini, Mlle Élodie Charrigues (Intermède, Association Clémence Isaure, CAARUD),

Docteur Anne Roussin (CEIP), Docteur Maryse Lapeyre-Mestre (CEIP),

## 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 risques, à l'ensemble des acteurs de santé et aux 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 Jean-Michel Costes, Agnès Cadet-Tairiou, Abdalla Toufik, Emmanuel Lahaie, Valérie Mouginot et Nadine Landreau pour leur aide précieuse.

À l'équipe de *Graphiti* CIRDD Midi-Pyrénées : Alexandra Montéro, Josiane Sabatié et Pierrette Vanel.

# Table des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>7</b>
<b>Données les conduites addictives à Toulouse. ....</b>	<b>8</b>
Tabac .....	9
Alcool.....	9
Cannabis .....	10
Concernant les autres Drogues.....	11
<b>Méthode d'investigation TREND .....</b>	<b>11</b>
<b>LES ESPACES ET LES USAGERS .....</b>	<b>13</b>
<b>Espace Urbain .....</b>	<b>14</b>
Les précaires et grands précaires .....	15
Les insérés.....	16
Les hyper insérés.....	18
<b>L'espace festif alternatif .....</b>	<b>18</b>
Structuration de cet espace sur le site.....	19
Les populations amatrices de l'espace festif alternatif.....	20
Migrations Estivales.....	23
<b>Espace festif commercial .....</b>	<b>25</b>
Un préalable.....	26
Interdiction de la consommation de tabac dans les lieux publics .....	27
Les boîtes de nuit espagnoles.....	28
<b>Marché des drogues et organisation des trafics.....</b>	<b>29</b>
<b>Le prix des drogues .....</b>	<b>30</b>
<b>LES OPIACES .....</b>	<b>32</b>
<b>Héroïne.....</b>	<b>33</b>
Situation sur le site .....	33
Espace Urbain.....	33
Espace festif .....	34
Tendance en évolution sur le site en 2008.....	35
Disponible, mais pas accessible à tous .....	35
L'héroïne n'est plus le diable .....	35
Nouvelles modalités d'usage au centre de l'initialisation des consommations .....	36
Deux typologies de populations principalement identifiées .....	36
Taux de concentration et risques d'intoxication .....	37
Trafic .....	38
<b>MSO et usages détournés.....</b>	<b>38</b>
La situation sur le site des usages détournés de la BHD .....	39
Tendances en évolution sur le site en 2008 concernant les usages détournés de BHD .....	41
Isolement des injecteurs de BHD et conséquences.....	41
Trafic de rue, un accès bas seuil ? .....	42
Poly-consommation, plus de cocaïne .....	43
Générique/princeps : An II .....	44
La situation sur le site des usages détournés de la méthadone .....	45

Tendances en évolution sur le site en 2008 concernant les usages détournés de la méthadone .....	46
Toujours pas de trafic donc peu de disponibilité .....	46
Alcool, Cocaïne, Héroïne et poly-consommation.....	47
La gélule au centre de fantasmes .....	47
La situation sur le site des usages détournés de sulfates de morphine.....	47
Tendances en évolution sur le site en 2008 concernant les usages détournés des sulfates de morphine .....	48
Un TSO pour des patients en recherche de solutions alternatives .....	48
Microtrafic.....	49
Initiation de toxicomanie chez des patients traités pour la douleur .....	50
Les dérivés codéinés.....	50
Hausse du nombre de citations en 2008 .....	50
<b>Opium-Rachacha .....</b>	<b>51</b>
Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler en 2008 .....	51
 <b>LES STIMULANTS .....</b>	 <b>52</b>
<b>Cocaïne et le Crack .....</b>	<b>53</b>
Situation sur le site .....	53
L'usager de cocaïne n'a pas de caractéristiques spécifiques .....	54
Cocaïne et problèmes .....	54
Tendances en évolution sur le site en 2008 .....	56
Toujours de nouvelles populations citées par les informateurs .....	56
Crack/free base .....	57
Trafic et dépendance.....	58
À noter.....	59
<b>Ecstasy/MDMA .....</b>	<b>59</b>
La situation sur le site.....	59
Dans l'espace festif mais aussi dans l'espace urbain.....	60
Une dynamique d'usage spécifique .....	60
« MD », « Taz » : des images, des risques et un micro-trafic différents .....	61
Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler en 2008 .....	62
<b>Pipérazines.....</b>	<b>62</b>
La situation sur le site.....	62
mCPP : des arnaques plus que des usages volontaires .....	62
BZP : une nouvelle drogue .....	63
Tendances en évolution sur le site en 2008 .....	64
Quelques précisions sur la BZP .....	64
BZP, une molécule classée stupéfiant le 15 mai 2008.....	64
<b>Amphétamines.....</b>	<b>64</b>
Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler en 2008 .....	65
<b>Méthamphétamines.....</b>	<b>65</b>
Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler en 2008 .....	65
 <b>LES HALLUCINOGENES .....</b>	 <b>66</b>
<b>Kétamine.....</b>	<b>67</b>
La situation sur le site.....	67
Tendance en évolution sur le site en 2008.....	68
Disponibilité en hausse.....	68
Une normalisation qui se confirme dans l'espace festif alternatif .....	69
Conséquences d'usage .....	69
Kétamine et espace urbain .....	70
Kétamine/héroïne, des molécules différentes, mais des représentations proches ? .....	71

Une drogue pour les éléphants.....	72
<b>Psilocybe, Salvia, Datura, des plantes au centre de phénomènes stables depuis plusieurs années .....</b>	<b>72</b>
Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler en 2008 .....	73
<b>L'Iboga et tentatives thérapeutiques alternatives .....</b>	<b>73</b>
Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler en 2008 .....	75
<b>LSD, peu de changements.....</b>	<b>75</b>
Des gouttes et des étoiles de mescaline .....	76
<b>GHB, présent ou pas ? .....</b>	<b>76</b>
Repéré en 2007.....	76
... disparu en 2008 sur le site mais consommé par des toulousains .....	76
<b>Poppers.....</b>	<b>77</b>
 <b>LES MEDICAMENTS DETOURNES DE LEURS USAGES THERAPEUTIQUES</b>	
<b>(NON OPIACES) .....</b>	<b>79</b>
La situation sur le site.....	80
Tendances en évolution en 2008 .....	81
Populations toxicomanes .....	81
Autres populations.....	82
 <b>CONCLUSION DES INVESTIGATIONS 2008 .....</b>	 <b>83</b>
Pas de phénomène émergent... ..	84
...mais des évolutions de tendances.....	84
Alcool et Cannabis .....	85
À suivre .....	85

# **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 du site de Toulouse est confiée à *Graphiti* CIRDD Midi-Pyrénées depuis 1999. Ce programme permet de renseigner les phénomènes concernant les usages de drogues, mais n'est pas en capacité de les quantifier précisément. Articulé à l'analyse des bases données épidémiologiques réalisée par *Graphiti* CIRDD Midi-Pyrénées, les investigations TREND prennent sens.

Ainsi, en guise d'introduction, il est important de rappeler ces éléments contextuels concernant les psychotropes, mais aussi la méthode particulière de ce dispositif en lien étroit avec son objectif premier la compréhension des phénomènes émergents et des évolutions tendanciennes.

## **Données les conduites addictives à Toulouse.**

Cette synthèse se base sur tous les systèmes d'informations disponibles au plan local, régional et national<sup>2,3,4</sup>. Elle prend en compte les données épidémiologiques de ces systèmes d'informations, mais aussi le dispositif TREND qui depuis 10 ans observe le phénomène des drogues sur la ville de Toulouse. Le découpage par produit oublie volontairement la question de la polyconsommation, mais pour des soucis de clarté nous avons fait le choix de cette approche. Pour lire ce rapport, il est important de rappeler les volumes de populations concernées par le phénomène<sup>5</sup>. L'usage régulier concerne en France 9,7 M de personnes pour l'alcool, 11,8 M de personnes pour le tabac, 1,2 M de personnes pour le cannabis. Pour les autres produits, les volumes sont trop faibles pour avoir une estimation épidémiologique du phénomène. Cet élément est important pour resituer les données présentées dans l'ensemble de ce rapport. De plus, cet aspect donne du crédit à la méthode qualitative de TREND pour décrire des phénomènes invisibles via les systèmes d'informations classiques.

 **Estimation du nombre de consommateurs de substances psychoactives en France métropolitaine parmi les 12-75 ans [1, 2, 3]**

	Produits illicites				Produits licites	
	Cannabis	Cocaïne	Ecstasy	Héroïne	Alcool	Tabac
Expérimentateurs	12,4 M	1,1 M	900 000	360 000	42,5 M	34,8 M
dont usagers dans l'année	3,9 M	250 000	200 000	//	39,4 M	14,9 M
dont usagers réguliers	1,2 M	//	//	//	9,7 M	11,8 M
dont usagers quotidiens	550 000	//	//	//	6,4 M	11,8 M

// : non disponible

NB : le nombre d'individus de 12-75 ans en 2005 est d'environ 46 millions.

Ces chiffres sont des ordres de grandeur et doivent de ce fait être lus comme des données de cadrage. En effet, une marge d'erreur existe même si elle s'avère raisonnable. Par exemple, 12,4 millions d'expérimentateurs de cannabis signifie que le nombre d'expérimentateurs se situe vraisemblablement entre 12 et 13 millions.

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

<sup>2</sup> Suderie G., *Synthèse des données concernant l'alcoolisation des jeunes en Midi-Pyrénées*, *Graphiti* CIRDD Midi-Pyrénées. <http://www.graphiti-cirddmp.org/fr/autres-indicateurs.65.html>

<sup>3</sup> Suderie G., *Tableau de bord des conduites addictives en Haute-Garonne*, *Graphiti* CIRDD Midi-Pyrénées, 2008 <http://www.graphiti-cirddmp.org/fr/tableau-de-bord-regional-et-departemental.9.html>

<sup>4</sup> Fahet G., Suderie G., *Tableau de bord des conduites addictives en Midi-Pyrénées*, *Graphiti* CIRDD Midi-Pyrénées/ORSMIP 2007 <http://www.graphiti-cirddmp.org/fr/tableau-de-bord-regional-et-departemental.9.html>

<sup>5</sup> Drogues et chiffres clés, OFDT, 6 p., Décembre 2007 <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dce.html>

## **Tabac**

À 17 ans, 36% des jeunes fument quotidiennement, soit légèrement plus qu'au niveau national même si la consommation a diminué entre ces dernières années.

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, une tendance qui se confirme sur les années 2005 et 2007.

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 éloigné de l'Espagne.

Les indicateurs sur les conséquences du tabac sur la santé dans la population générale confirment une situation plus favorable au niveau local qu'au plan national.

Mais il est à noter que l'incidence et la mortalité par cancer du poumon sont pour les femmes identiques à la moyenne nationale et ne cessent, l'une comme l'autre, de progresser.

## **Alcool**

En Midi-Pyrénées, l'alcool reste le produit le plus expérimenté pour les 11-15 ans comme pour les 17 ans. Comme à 15 ans, 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 pour les 17 ans.

À 15 ans, 8,4 % en ont un usage régulier (plus de 10 fois par mois), avec une prévalence plus forte chez les garçons (12,8 % des garçons contre 4,3 % des filles). Toujours à 15 ans, l'expérimentation de l'ivresse concerne près de 50 % de ces jeunes.

À 17 ans, 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 que chez les garçons, mais supérieure à la moyenne nationale (22 % versus 18 %).

Au-delà des fréquences de consommation et d'ivresse alcooliques rapportées, les jeunes de Midi-Pyrénées déclarent plus souvent que les autres consommer au moins 5 verres en une même occasion. En revanche, ils ne déclarent pas significativement plus souvent se mettre en danger en conduisant un véhicule à moteur.

Concernant les adultes, les consommations d'alcool relevées en Midi-Pyrénées s'avèrent nettement plus fréquentes que dans le reste du territoire, et ce, pour tous les indicateurs d'usages. Malgré cela, le nombre moyen de verres bu la veille apparaît proche de la moyenne nationale. Ces usages se révèlent particulièrement masculins, comme c'est le cas dans l'ensemble du territoire, toutefois, l'écart entre les sexes pour les usages les plus fréquents y semble un peu plus réduit. Tout comme dans l'ensemble de la métropole, ces indicateurs apparaissent à la baisse ces dernières années.

En Haute-Garonne, les conséquences sanitaires de l'usage d'alcool ne sont pas plus préoccupantes qu'ailleurs si on considère les niveaux de mortalités prématurées en lien avec l'alcool. Notons, quand même que l'alcool est le produit qui génère le plus de demandes de soins dans le dispositif spécialisé.

Soulignons que, nous n'avons quasiment pas de données sur les conséquences sociales en lien avec l'alcool (violences familiales par exemple). Quant aux accidents corporels avec alcool, en 2007, le document général d'orientation de la sécurité routière de la Haute-Garonne indique que sur la période 2003 à 2007 on note 659 accidents impliquent un conducteur ou un piéton ayant un taux d'alcoolémie positif sachant que 115 de ces accidents sont mortels. 8% est la part des accidents avec présence de l'alcool et 36,2% est la part des accidents mortels avec la présence de l'alcool.

Notons enfin que si le dispositif TREND n'a pas pour vocation première d'étudier les consommations d'alcool, l'ensemble des investigations entre 2004 et 2008 fait état d'une montée en charge des usages d'alcool chez les usagers de drogues, dans tous les espaces ou les milieux. 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. En 2008, il est important de souligner la confirmation de l'usage systématique de ce produit en association avec les drogues illicites dans l'espace festif et dans l'espace urbain. À l'intérieur de ces espaces, toutes les populations sont concernées. La question de l'usage abusif ponctuel ou « binge drinking » décrit par les enquêtes épidémiologiques et les observations empiriques reste encore à décrire qualitativement de manière approfondie. Les services des urgences notent une augmentation des prises en charge de jeunes avec des alcoolémies positives<sup>6</sup>.

## **Cannabis**

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

Toujours en Midi-Pyrénées, les résultats du volet régional de l'enquête HBSC<sup>7</sup> indiquent que les consommations de cannabis au cours des 30 derniers jours concernent 1 jeune de 15 ans sur 10 sans différence significative entre les garçons et les filles. Toutefois, on note que les garçons sont plus concernés que les filles (12,5 vs 8,8).

Si on considère l'usage au cours de l'année, 1 jeune sur 5 a consommé du cannabis avec une différence significative entre les garçons (23,3%) et les filles (16%).

Les enquêtes au niveau national notent un infléchissement des usages de cannabis chez les jeunes. Les études en cours de publication (second semestre) nous permettront de voir si cette tendance est perceptible localement.

Notons que 41% des interpellations en Midi-Pyrénées se font en Haute-Garonne et que 89% des interpellations pour infraction à loi sur les stupéfiants (ILS) concernent le cannabis sur le département.

Toujours concernant le cannabis, les données TREND indiquent un phénomène nouveau : la stabilisation d'une double disponibilité. En effet sur le site comme ailleurs, les modalités d'approvisionnement de cannabis sont très éclectiques. Entre autoculture, réseaux traditionnels, trafic de « fourmis » individuel, des produits très différents, aux qualités très différentes sont vendus à des prix pouvant aller du simple au double. Autrement dit, des produits de « qualité » sont très recherchés, mais peu accessibles pour le lambda, alors qu'une large diffusion de produit de médiocre qualité rend disponible un produit finalement très différent du premier cité. Ce double marché n'est pas nouveau, mais les écarts de qualité, de disponibilité et de prix s'amplifient pour créer deux marchés. Notons que les populations repérées pour des usages problématiques restent les mêmes : des jeunes consommateurs avec des problèmes familiaux, sociaux et psychologiques, mais aussi des usagers plus anciens avec des difficultés à arrêter.

---

<sup>6</sup> Données statistiques issues de l'entretien avec le SMUR de Toulouse. À paraître.

<sup>7</sup> <http://www.orsmip.org/>

## Concernant les autres Drogues...

Il faut noter que l'usage régulier de ces différents produits ne peut être évalué au plan national et donc encore moins au plan local.

On retiendra aussi que l'étude NEMO (Capture-recapture) a évalué à 5000 le nombre de personnes repérées comme usagères de drogues à problèmes en 2006.

On notera aussi qu'en 2007, 1852 personnes en 2007 ont été prises en charge en ambulatoire par les 5 CSST sachant que la médecine générale et l'hôpital prennent aussi en charge une part des patients toxicomanes.

Enfin, soulignons que la réduction des risques a distribué 293 473 seringues en plus des 123 816 disponibles via la diffusion de Stéribox® vendus en pharmacie.

## Méthode d'investigation TREND

Le dispositif TREND a pour fonction principale l'information précoce sur les phénomènes émergents liés aux drogues. En complément des données issues des enquêtes épidémiologiques, le projet TREND veut répondre aux besoins de **cohérence** entre les différents indicateurs ; de **connaissances** des pratiques de consommation ; d'**amélioration de la réactivité** des systèmes d'information et d'**identification** de l'évolution des phénomènes.

Ce dispositif tente donc d'élaborer une approche permettant de **détecter** les phénomènes émergents ; de **comprendre** les contextes, les modalités d'usage et les implications diverses de la consommation de psychotropes et de **suivre** dans le temps les évolutions de la consommation pour en dégager les tendances.

La méthodologie employée depuis 2000 permet de distinguer les éléments de continuité de phénomènes préalablement repérés dans TREND, *les tendances*, de ceux qui apparaissent comme de réelles nouveautés ou des points de rupture suggérant un possible changement, *les phénomènes émergents*.

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

- Une observation de type ethnographique dans différents milieux des espaces festifs et dans l'espace urbain. Trois responsables d'observation ethnographiques ont opéré dans différents milieux de l'espace urbain et des espaces festifs. Les objectifs de leurs observations se centrent particulièrement sur les consommations de produits psychoactifs et sur les phénomènes qui leur sont associés avec un œil averti sur les évolutions.
- La réalisation de groupes focaux associant les acteurs du champ de l'application de la loi regroupant l'ensemble des services d'intervention (SRPJ, Brigade des stupéfiants, GIR), le parquet et les laboratoires de police de médecine légale.
- La réalisation d'entretiens de type face à face avec les acteurs du champ sanitaire spécialisé (addictologie, urgences et médecine générale de réseaux)
- De questionnaires qualitatifs auprès des équipes des deux Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues (CAARUD) ainsi qu'auprès d'associations de réduction des risques intervenant dans les événements festifs.

Ce rapport fait la synthèse de l'ensemble **des observations des phénomènes émergents et des évolutions tendanciennes** sur le site en analysant les éléments de continuité et de rupture.

La première partie du rapport concerne les évolutions des espaces et plus particulièrement celles des populations qui traversent ces espaces. Les chapitres suivants proposent une entrée par produits avec deux versants, « la situation sur le site » et « les évolutions de tendances » (2-Opiacés, 3-Stimulants, 4-Hallucinogènes, 5-Médicaments détournés de leur usage non-opiacés). En guise de conclusion, le dernier chapitre veut faire la synthèse de l'évolution du phénomène en 2008 sur le site de Toulouse.

## **Les Espaces et les Usagers**

## Espace Urbain

L'espace urbain se délimite aux zones urbanisées ou fortement urbanisées. Sur cet espace, compte tenu de la nature des observateurs, les informations sur la population en contact avec les structures de soins, autrement dit des personnes ayant une consommation « à problème », sont largement dominantes<sup>8</sup>.

Les modalités de consommation en vigueur dans la fraction de la population d'usagers dite « cachée », c'est-à-dire les usagers ne fréquentant aucune structure de prise en charge sanitaire ou sociale, ou non repérés par le dispositif d'application de la loi sont renseignées pour une part par les enquêtes ethnographiques.

Notons que les investigations du dispositif TREND sont confrontées à la limite de son champ d'enquête. En effet, les évolutions du phénomène ne sont pas ou peu renseignées en dehors de ces espaces<sup>9</sup>. Toutefois, sur le site de Toulouse, les cinq CSST et les deux CAARUD toulousains couvrent un large panel de populations en demande de soin ou d'accès au soin. Le maillage de l'intervention spécialisée permet d'avoir une vision large des typologies des populations qui traversent cet espace d'observation. S'ajoute à cela les données issues des services des urgences.

Ainsi, les populations à l'intérieur de cet espace décrit par les observateurs des dispositifs et des enquêtes ethnographiques peuvent se répartir sur un axe allant de la grande précarité sociale (perçue ou non) à l'insertion, jusqu'à l'hyper-insertion. Trois catégories majeures sont retenues<sup>10</sup> :

- Les populations « Précaires » : homme ou femme, sans ressource légale *ou* bénéficiant d'allocation compensatoire *ayant* un logement personnel *ou* bénéficiant d'hébergement temporaire familial ou institutionnel ou occupé illégalement *ou* sans logement. En difficulté pour accéder aux soins, les précaires sont en contact principalement avec les CAARUD soit sur la question sociale soit sur la question de l'échange de matériels stériles. Ils ont recours aux CSST et à la médecine générale pour des raisons spécifiques avec des difficultés à se maintenir dans des traitements de substitution.
- Les populations « Insérées » : homme ou femme bénéficiant de ressources liées à l'emploi incluant les étudiants soutenus par leur famille *ayant* un logement personnel ou logé par leur famille. Ils ont peu recours aux dispositifs de réduction des risques (ou en contexte festif ou sur les bornes d'échange anonyme), fréquentent principalement les CSST, les services hospitaliers d'addictologie et la médecine générale.
- Les populations « Hyper-Insérées » : homme ou femme *ayant* un pouvoir économique et social important, sans problèmes sociaux apparents. Ils n'ont pas recours aux CSST, parfois à la médecine générale, mais préfèrent l'anonymat du secteur privé (psychiatrie en particulier) et des services hospitaliers.

Il est important de souligner que des précautions doivent être prises pour manipuler ses catégories. En effet, celles-ci sont non exhaustives et mouvantes. Ce qui intéresse les

---

<sup>8</sup> Sarradet A., Gandilhon M., Toufik A., *Tendances Récentes* : Rapport TREND. Paris : OFDT, 2000

<sup>9</sup> Sauf à la marge par les enquêtes de l'espace festif qui décrivent des populations appartenant à l'espace festif alternatif, installées dans des zones rurales. Ces populations pour une part appelées par certains observateurs des néo-ruraux, sont des populations anciennement urbaines mais qui pour des questions d'accessibilité à l'habitat ont émigré vers des zones rurales.

<sup>10</sup> Escots S., *Catégorisation des profils sociaux des usagers de cocaïne*, A paraître.

observateurs sont les relations entre les usages de psychotropes, les demandes sociales ou sanitaires, les consommations associées et les degrés de précarité ou d'insertion. Ceci pour contextualiser les observations du phénomène et de ses transformations lors des phases de diffusion.

## **Les précaires et grands précaires**

Ce sont les populations les plus décrites, car les plus observées depuis le début des investigations TREND. Il n'est pas question ici de décrire de manière approfondie les détails que le dispositif a déjà renseignés. Toutefois, il est important de souligner que trois populations sont repérées par les observateurs depuis plusieurs années.

### **Les « vieux de la rue »**

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>11</sup>.

*« Les anciens héroïnomanes sous substitution sont en général assez âgées 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 ».*

### **Populations jeunes : affiliation/désaffiliation un équilibre fragile**

À côté de ces populations relativement âgées, une population de jeunes « errants » est décrite. La note « *Usagers marginaux, jeunes en errance, nomade ou en précarité* »<sup>12</sup> du rapport local du site TREND de 2005 fait le point sur ces populations de l'espace urbain. Sans reprendre l'intégralité de ce travail, nous retiendrons différentes catégories de jeunes en errance, toujours repérées en 2008 :

- 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

### **Usagers précaires à forte morbidité psychiatrique**

Enfin, 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 de grande précarité ne s'inscrivent pas dans 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.

---

<sup>11</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>12</sup> Escots S. *Rapport local du site de Toulouse 2005 sur les phénomènes émergents liés aux drogues en 2004*, 2005, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/trendloc.html>

Sur le site, une grande partie des personnes à la rue toxicomanes, présentent des comorbidités psychiatriques importantes. Un dispositif local de prise en charge des troubles psychiatriques saturé génère une amplification du phénomène depuis plusieurs années. Selon les observateurs, ces populations souvent traumatisées par la psychiatrie sont prises en charge en urgence après de longs parcours d'errance. Consommant majoritairement des opiacés pour calmer l'angoisse, les drogues ne sont qu'un symptôme d'une pathologie lourde. Actuellement, de l'avis des observateurs, aucune offre de soins intermédiaires se situant entre la réduction des risques à l'usage de drogues et la psychiatrie n'est disponible localement.

### **Les investigations de 2008 mettent en évidence.**

- Des populations dans des situations sanitaires de plus en plus complexes.
- L'alcool comme le premier problème des populations polyconsommatrices de psychotropes. Que ce soit sur la question de la dépendance ou des problèmes somatiques, types pancréatiques aigues, l'alcool est au centre des difficultés des personnes en situation de précarité.
- Une sédentarisation de populations en situation de précarité dans des villes à proximité de Toulouse suite à un mouvement de déplacements de ces dernières années. Cette sédentarisation fait un « appel d'air » pour d'autres populations urbaines en errance et qui s'inscrivent dans des squats ouverts par d'autres, ou sur des campements de plus en plus structurés.
- Les « demandes » pour les populations les plus précaires, s'articulent plus sur la question des problématiques sociales que des toxicomanies. Autrement dit, ces populations ne s'inscrivent pas dans la figure classique du toxicomane. En effet, polyconsommateurs, les consommations d'alcool et de médicaments psychotropes détournés de leurs usages (substitution et/ou benzodiazépines) disponibles et accessibles via différentes formes d'approvisionnement équilibrent les problèmes en lien avec les psychotropes. Ce phénomène n'est pas émergent, mais il se généralise massivement dans les dispositifs en contact de ces populations.
- Les observateurs décrivent deux types de populations dans des processus de socialisations opposés. Les premiers, plus ou moins jeunes, issus du monde festif alternatif, constituent des groupes plus ou moins homogènes et durables. Les seconds, plus isolés, en voie de désaffiliation, ont des difficultés à s'inscrire dans des « campements » ou « squats » organisés. Si les premiers revendiquent une affiliation contre-culturelle alternative, leur participation aux événements de l'espace festif alternatif s'inscrit dans des parcours d'errance. En ce qui concerne les seconds, l'isolement amplifie leurs difficultés sociales et leur exclusion. Dans les deux cas, chacune des situations, pour des raisons différentes, rend difficile l'intervention sociale.
- Concernant les plus jeunes (16-25 ans), les consommations de certains produits s'inscrivant dans la cosmogonie de la « free party », sont au centre des tentatives d'affiliation au mouvement Techno alternatif. `

### **Les insérés**

Notre intérêt ne se porte pas dans cette partie sur les usages récréatifs<sup>13</sup>, seulement sur les usages engendrant des problèmes pris en charge ou non.

---

<sup>13</sup> Cette question sera abordée dans la partie concernant « *Les espaces festifs* » dans ce rapport.

Repérées principalement par les CSST, mais aussi par la réduction des risques, particulièrement sur la question de l'échange de matériels stériles, les « insérées » sont une catégorie large où la demande de prise en charge est centrée sur la question des psychotropes. Souvent en demande de substitution aux opiacés, ils peuvent aussi faire des démarches de soins sur la question de la cocaïne et/ou du cannabis. Souvent « polyusagers » de psychotropes (alcool, cannabis, cocaïne et/ou héroïne) leur problématique renvoie à des usages récurrents, puis réguliers, voire compulsifs, ayant des conséquences sur leur santé et/ou leur vie sociale. Autrement dit, ces populations « insérées » au contact des dispositifs sont des héroïnomanes sous substitution, des polyconsommateurs héroïnomanes<sup>14</sup>, des polyconsommateurs cocaïnomanes<sup>15</sup> ou des personnes en situation de dépendance au cannabis ou à l'alcool.

À la croisée de l'espace urbain et des espaces festifs, ces populations de tout âge ont soit des usages fonctionnels socialement « hyperconforme » (travail, performance, fête) soit des usages contre-culturels dans des logiques d'affiliation plus ou moins alternatives (usages réguliers inclus dans un mode de socialisation spécifique) ou des usages qui s'inscrivent dans des formes d'automédication (diminution de l'anxiété ou de l'anxiété, apaisement des tensions). La ligne de césure entre les différentes fonctions et contextes d'usage est bien évidemment complexe et mériterait une investigation plus approfondie.

Rarement au centre de l'émergence de phénomènes émergents, ils sont les révélateurs des phénomènes de diffusion

### **Les investigations de 2008 mettent en évidence**

- Les acteurs de la réduction des risques soulignent un isolement de certaines populations injectrices générant un manque de transmission des « bonnes pratiques ». Pour ces observateurs, ce phénomène est décrit particulièrement pour des personnes en substitution à la BHD qui débutent des carrières d'injecteur car ils n'arrivent pas à équilibrer leur dosage. Idem pour des anciens injecteurs qui ont des difficultés avec la prise sublinguale. Si les pratiques d'injection des drogues traditionnelles s'accomplissaient dans des réseaux sociaux spécifiques permettant des échanges de pratiques, des situations où des injecteurs de Subutex® se trouvent seuls sans pouvoirs échanger avec des pairs sont décrits par les acteurs de la réduction des risques.
- Des tentatives d'arrêt du Subutex® suite à des problèmes en lien avec leurs pratiques d'injection. Si dans le meilleur des cas, ces personnes s'orientent vers des protocoles méthadone, pour d'autres la seule possibilité de pallier le manque redevient l'héroïne.
- L'évolution des représentations des risques en lien avec les usages de psychotropes. Des discours du type « *la cocaïne ne rend pas dépendant, l'héroïne ça se soigne avec la substitution si nécessaire, le cannabis n'est pas dangereux vu le monde qui en fume...* » sont relevés par les observateurs des dispositifs, mais aussi par les enquêteurs ethnographiques<sup>16</sup>. Idem sur la question du risque infectieux. « *Le Sida on en meurt plus, le VHC ça se soigne...* » sont des discours récurrents relevés par les dispositifs de réduction des risques.

---

<sup>14</sup> L'utilisation volontaire de cet antinomisme veut mettre en avant la polyconsommation des personnes qui décrit une problématique en lien avec un produit principal.

<sup>15</sup> Idem

<sup>16</sup> Ces éléments seront repris dans les chapitres 2)-3)-4)-5) de ce rapport

## Les hyper insérés

Le volume d'information concernant ces populations est relativement faible, mais ils sont repérés chaque année au détour de la question des usages de cocaïne. À la croisée des représentations des acteurs du soin et de la réalité des files actives, les enquêtes ethnographiques de l'espace festif « sélect » corroborent les données sur ces populations. Les acteurs de la médecine générale et de la psychiatrie privée décrivent clairement les spécificités de cette population.

Si des produits à forte valeur symbolique sont consommés parfois de manière compulsive et plus particulièrement la cocaïne dans toutes ces modalités d'usages<sup>17</sup>, les produits renvoyant à la figure classique du toxicomane sont plutôt mis à distance : l'héroïne et ses substituts, mais aussi dans une moindre mesure le cannabis.

Les usages s'inscrivent pour une part dans une démarche de distinction sociale. De ce fait, ces populations et particulièrement les jeunes sont attirées par des consommations expérimentales de psychotropes méconnus du plus grand nombre. Les investigations TREND sur le site ont documenté par le passé des usages de BZP mais aussi de DMT ou de mescaline par ces populations.

## L'espace festif alternatif

La catégorisation de TREND<sup>18</sup> définit l'espace festif Électronique suivant quatre groupes d'affinité : Alternatif, Soirée urbaine, Clubbing et Select. Rappelons donc les définitions des deux premiers groupes qui nous intéressent ici :

- « *Le groupe Alternatif regroupe les amateurs de free parties et de rave parties (absence de teknival lors du mois de référence). Le plus souvent organisés à l'extérieur, les free parties regroupent 200 à 2 000 personnes environ, sont gratuites ou sur donation. Les amateurs de free revendiquent une image décalée et de « contre-culture ». Les compositions musicales appréciées lors de ces rassemblements se classent dans les tendances les plus agressives de la famille Electro : Hard-core, Hard-teck, Tribe. Les raves parties, à entrées payantes, regroupent jusqu'à 6 000 personnes dans des lieux couverts loués pour l'occasion (période d'hiver). Les amateurs de rave se perçoivent également comme porteurs de contre-culture teintée d'une composante plus hédoniste. Les styles de musiques écoutées sont différenciés et le plus souvent, plusieurs plateaux de son et dance floors laissent le choix des genres : Transe, Jungle, Drum'n'Bass.... Mais aussi Hard-core et Hard-teck.*
- *Le groupe Soirée urbaines, défini comme plus mélomane que les autres, se retrouve dans des bars musicaux, et parfois en festival Electro. Ses membres choisissent avant tout un lieu pour sa programmation musicale. La proportion d'étudiants est plus importante que dans les autres groupes. Les courants musicaux appréciés dans ce groupe sont variés et couvrent pratiquement le panel de ce qui s'écoute par ailleurs dans l'espace alternatif : Hard-core, Hard-teck, Tribe, Drum'n'Bass, Jungle, Transe, Electro Dub... Les principaux recoupements de population relèvent de la porosité observée avec le groupe Alternatif.<sup>19</sup>»*

<sup>17</sup> Pour être précis la co-consommation d'alcool et de cocaïne est au centre des consommations de cette population.

<sup>18</sup> Catherine Reynaud-Murupt, Agnes Cadet-Tairou, *Substances psychoactives chez les amateurs de l'espace festif Electro*, Tendances numéro 56, octobre 2007.

<sup>19</sup> Ibid.

Prenons ces catégories comme point de départ pour définir plus en détail l'organisation de l'espace festif alternatif sur le site de Toulouse.

### **Structuration de cet espace sur le site**

La difficulté de l'approche par groupe d'affinité est l'exclusion de la question des espaces d'observation. La corrélation entre espace (le lieu que l'on observe) et les groupes d'affinité (populations) observés à l'intérieur de ces lieux d'observation sont parfois complexes à appréhender. Toutefois, nous retiendrons que quatre types d'événements structurent cet espace festif alternatif conditionné par une temporalité particulière. Notons que cette catégorisation est construite sur les travaux menés dans l'espace festif alternatif électronique, mais que les modalités de structuration de l'espace festif alternatif sont du même ordre à quelques détails près. Les quatre types d'événements repérables sont :

#### **Les soirées urbaines**

Elles concernent principalement les fêtes organisées dans les squats et les sorties dans certains bars aux consommations bon marché et qui très souvent, programment régulièrement des concerts. Les observations menées dans l'espace festif commercial renseignent ce point plus précisément.

#### **Les fêtes privés**

Ce sont des fêtes organisées à la campagne dans une maison ou sur un simple terrain. Habituellement, ce genre d'événement rassemble plusieurs centaines de personnes appartenant à un même réseau amical et qui se connaissent tous, plus ou moins. Ce type de soirées aime à mélanger les genres (reggae/ragga, musiques électroniques, rocks, ect..) et favorise souvent une mixité entre les divers milieux de la population alternative. Et, il semble que cet hiver, la tendance fut justement aux fêtes privées. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette augmentation. De manière générale, l'offre des événements se réduisant pendant la période de l'hiver, les initiatives d'organiser soi-même une fête, se multiplient. En outre, la tendance répressive actuelle qui se traduit par une présence policière tant sur les routes qu'en ville favorise cette « mise au vert » : la fête en se privatisant, s'expatrie hors de la cité. Enfin, le manque d'argent favorise aussi cette tendance à « rester chez soi ». Comme dans toutes les strates sociales, la perte de pouvoir d'achat touche de plein fouet la population de l'espace festif alternatif. Par un souci d'économie, les fêtes entre amis à participation commune vont donc être privilégiées aux sorties dans les bars par exemple, où les dépenses seront nécessairement plus importantes.

#### **Les free parties/Teknival et les raves**

Ce sont les fêtes avec quasi exclusivement de la musique électronique<sup>20</sup>. D'un côté, il y a les free parties et les Teknival, événements majoritairement gratuits et organisés en extérieur, soit dans la nature, soit dans des lieux détournés, par exemple des usines désaffectées. Et de l'autre, les raves qui sont payantes et organisées dans des établissements de nuit. Le type d'espace a son importance pour les consommations de produits psychoactifs : les règles de sécurité de la boîte de nuit s'appliquant à la rave qui s'y déroule, le contrôle social est y donc plus présent que dans une free party ou un Teknival.

L'omniprésence du Hardcore dans les free parties n'est plus d'actualité, la tendance déjà repérée depuis un an et demi, s'est affirmée cette année. Là où auparavant, il y avait une

---

<sup>20</sup> Parfois, la soirée peut en effet débiter par un concert de rock (métal, indus, punk, ect..) ou de l'électro hip hop.

majorité écrasante de soirées Hardcore, la tendance est actuellement au Breakbeat dont le style se rapproche plus de la Techno de la fin des années 90 : du rythme ultra rapide caractéristique du Hardcore, 200 BPM, on est passé avec le Breakbeat à du 160-180 BPM. Même des « sound system » ou des DJ qui traditionnellement mixaient du Hardcore, élargissent maintenant leur répertoire en intégrant du Breakbeat. Cette évolution renvoie à la tendance générale observable en Europe d'un retour aux racines de la musique électronique avec le renouveau de la Techno Minimale et du Dub Step.

Suite à cette réorganisation de l'espace musical sur le site de Toulouse, une scission se fait jour parmi les teufers, avec d'un côté, ceux qui continuent à fréquenter les soirées Hardcore/Hardteck et ceux qui s'en sont lassés et qui se tournent désormais avec enthousiasme vers les soirées Breakbeat de plus en plus nombreuses.

### **Les événements des « beaux jours »**

Ce sont les festivals quelles que soient leurs envergures ou leurs programmations (musique, théâtre de rue, alter mondialisme, etc.). C'est aux beaux jours que commence la saison des festivals à partir de mai/juin jusqu'à septembre/octobre avec une forte concentration pendant juillet/août.

On observe dans l'espace du festival une mixité des populations et une porosité des espaces de l'alternatif, commerciaux et urbains. Dans un festival, une partie du public paye son entrée et a ainsi accès à l'espace proprement dit du festival, alors qu'une autre ne paye pas son entrée, mais profite indirectement de l'événement sur le parking/camping qui fonctionne finalement lui aussi comme un espace festif à part entière. S'y insère en effet, presque systématiquement un espace de free party avec son « sound system », ses stands de boissons, de nourriture, de vêtements, etc., et sa vente de produits psychoactifs. Ainsi, se mêlent festivaliers et teufers dans cet espace qui sert à la fois de « off » et d' « after » au festival.

### **Les populations amatrices de l'espace festif alternatif**

Le rapport de TREND<sup>21</sup> Toulouse de 2007 a catégorisé la population de l'espace festif Électronique alternatif. Cette classification dépend de critères culturels, économiques et sociaux. Combinés entre eux, ils définissent l'appartenance aux groupes des fondateurs/expérimentateurs et à celui des satellites. Rappelons rapidement les principales caractéristiques de ces trois populations avant de poursuivre :

- « *Les Fondateurs se caractérisent par leur implication dans l'organisation des soirées, au centre de la culture de la musique électronique, lui permettant de perdurer dans le temps. L'identité du groupe est ici très valorisée avec une forte revendication d'un type de musique quel que soit le courant. Ce sont des nomades ou des sédentaires en quête d'affiliation alternative. Les Fondateurs constituent le noyau dur du mouvement et sont des modèles identificatoires pour les publics plus périphériques de cette mouvance.* »
- « *Les Expérimentateurs s'identifient de façon relative au milieu festif underground. Sans en connaître les codes, cet espace est un lieu alternatif où ce public approche la dimension mythique de la consommation de drogue. (...) Leur positionnement en « consommateurs de soirée » les différencie nettement des fondateurs.* » Fondateurs et expérimentateurs « *sont des consommateurs non problématiques ou dans le déni des problèmes de consommation, utilisant très peu les services ou des structures de la réduction des dommages du dispositif urbain.* »

---

<sup>21</sup> Sudérie G., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006 sur le site de Toulouse*, OFDT, 2007, pp.40-42.

- « Les *Satellites* sont engagés à des degrés divers dans des problématiques de précarité et d'errance. (...) Si pour certains, le nomadisme relatif dans les faits se construit dans une identification à la culture underground et structure un mode de vie précaire, pour d'autres, faire la fête dans cet espace s'établit dans un parcours d'errance, à un moment donné, sans réelle affiliation alternative. (...) Lorsqu'on parle de porosité entre espace festif et espace urbain, c'est à ce stade-là qu'elle s'exerce.<sup>22</sup> »

On peut élargir cette catégorisation à tout l'espace festif alternatif qui ne concerne pas exclusivement le milieu des free parties, même si ce dernier y tient une place importante comme d'ailleurs dans tous les autres espaces festifs (Clubbing, Select et Soirée urbaines), tous dominés depuis une dizaine d'années par la musique électronique.

### **Affiliation aux valeurs de l'alternatif**

On entend par affiliation aux « valeurs de l'alternatif » les références propres à la personne son degré d'adhésion à un mouvement contre-culturel se réclamant avant tout d'être à l'opposé de la culture festive dominante correspondant grosso modo à l'espace festif commercial.

Quelques déterminants sont repérables. C'est la revendication à l'accessibilité à la fête, soit par sa gratuité, soit par un prix raisonnable ; c'est la volonté de créer un espace de liberté et de convivialité ; et c'est enfin, l'aspiration à l'autonomie et l'auto gestion de la part des organisateurs et des participants dont la démarche peut très vite les faire basculer dans l'illégalité.

L'affiliation dépend de la définition de soi en tant qu'individu mais aussi en tant que citoyen et s'exprimant par son adhésion à un mode de vie plus ou moins éloigné des normes sociales.

Les *fondeurs* se sentent souvent appartenir à une histoire de l'underground, les héritiers des mouvements hippie et punk. En règle générale, l'espace festif commercial ne les a jamais attirés ou satisfaits. Depuis leur adolescence, ils ont connu un parcours musical principalement guidé par le goût de l'alternatif qui les a conduits vers le rap, le rock ou même les chansons françaises avant qu'ils ne rencontrent les scènes underground de la musique électronique. Sensibles aux valeurs que véhicule la musique qu'ils écoutent, ils apprécient souvent les textes revendicatifs ou critiques envers la société. Les *fondeurs* vivent totalement l'alternatif aussi bien pour le temps de la fête que pour le quotidien. Il n'y a pas de discontinuité entre la semaine et le week-end contrairement au groupe des *expérimentateurs*.

Ces derniers vivent plus en conformité avec les normes de la société, mais préfèrent bien souvent l'espace festif alternatif à celui dit « commercial ». Ils sont plus dans une démarche d'opportunité que dans une véritable affiliation identitaire. Ils vont dans l'espace alternatif pour sa gratuité, son espace de liberté, appréciable pour ceux qui recherchent une « déconnexion » avec leur quotidien et évidemment aussi pour sa disponibilité des produits psychoactifs dont certains ne sont accessibles que dans cet espace.

Le groupe des *satellites* apparaît comme à part et se compose de personnes dans des parcours d'errance ou de précarité. Parfois en quête d'affiliation alternatives, ce groupe représente une part des nouvelles populations repérés par les dispositifs de premières lignes.

### **Affiliation à un courant musical**

La question des drogues est toujours en clin avec la question du vecteur culturel. Sans revenir trop loin en arrière, l'arrivée de certains produits stimulants (ecstasy en particulier) sur le marché des drogues est à mettre en relation directe avec le mouvement Techno de la fin des années 90. La diffusion des drogues n'est pas exclusivement conditionnée par ce vecteur,

---

<sup>22</sup> Ibid., pp. 40-41.

mais ces derniers sont au centre des motivations d'usages via des formes de distinction sociales.

- Type « teufer » :

C'est une personne dont les soirées de la mouvance Techno alternative dominant quelque que soit leur régularité. Très attaché à la musique électronique qu'il n'écoute d'ailleurs pas uniquement dans les soirées, il a ses « sound system » ou ses DJ préférés. Bien entendu, les teufers ne sont pas un groupe homogène et se distinguent suivant les courants musicaux où des particularités se dessinent pour chacun d'entre eux. Les quatre principaux milieux de la free party s'organisent autour du Hardcore, du Breakbeat, de la Jungle et de la Transe. Les frontières y sont poreuses, et il est fréquent chez les teufers de circuler entre plusieurs espaces musicaux.

Arrêtons-nous, un instant sur le Hardcore et la Transe, qui sont à nos yeux, symptomatiques de la diversité de l'espace des free parties.

Si on place sur une échelle, le milieu du Hardcore et celui de la Transe, ils se situent chacun à une extrémité comme les deux pôles opposés de la culture free party. En effet, les représentations qu'ils véhiculent sont différentes. Pour schématiser au risque de perdre en subtilité analytique, on peut décrire les « *hardcoreux* » comme des néo-punks et les « *transeux* » comme des néo-hippies. Aussi, une fête Hardcore ne ressemblera-t-elle jamais à une fête transe : musique, population, organisation de la fête, états d'esprit des participants jusqu'aux produits psychoactifs et en particulier leurs usages. Bien que la majorité des produits traversent tous les espaces de la free party, certains apparaissent comme emblématiques<sup>23</sup> du son Hardcore et du son Transe : c'est plutôt speed et kétamine pour le premier, et plus MDMA et cocaïne pour le second. Ainsi, les « *hardcoreux* » sont connus pour être dans une recherche d'effets maximums alors que les « *transeux* », ont la réputation de favoriser la convivialité de la fête plutôt que la recherche de la seule défonce.

Le tableau suivant indique les principales caractéristiques des quatre milieux que nous venons d'évoquer :

Courant musical	Population	Espace
<i>Hardcore</i> <i>Hardteck</i>	Plutôt jeunes Fondateurs et Expérimentateurs Présence la plus importante des satellites	Fête gratuite Décoration inexistante ou composée de matériels militaires Ambiance réputée comme la plus « dure » du milieu des free party
<i>Breakbeat</i>	Population issue du milieu Hardcore et Jungle Plutôt jeunes Fondateurs, expérimentateurs et satellites	Gratuite ou payante Décoration aléatoire Ambiance plus « festive » : c'est la raison principale évoquée par les anciens « Hardcoreux » qui fréquentent maintenant le milieu Breakbeat
<i>Jungle</i> <i>Drum 'n'</i> <i>Bass</i>	Plutôt des « anciens » autour de la trentaine Principalement des fondateurs et des expérimentateurs	La majorité des soirées est payante Et beaucoup sont organisées dans des salles en ville (soirée urbaines)
<i>Transe/Goa</i>	Plutôt des trentenaires, des « anciens » Principalement des fondateurs et des expérimentateurs	Soirées payantes qui peuvent être chères pour certains Beaucoup de fêtes privées Décoration toujours soignée et souvent d'inspiration psychédélique

<sup>23</sup> Ce qui ne signifie pas que ces produits se rencontrent exclusivement dans l'un ou l'autre milieu. On est plus ici dans l'ordre des représentations de l'état d'esprit d'une fête Hardcore ou d'une fête transe qui découle à la fois du style de la musique et des effets recherchés via les produits psychoactifs.

- Type festivalier<sup>24</sup> :

Grosso modo, ce sont les « autres », ceux qui ne vont pas dans les free parties parce tout simplement, ils apprécient peu ou pas cette musique. Bien qu'ils connaissent souvent ce milieu puisqu'ils ont des amis « teufers », ce ne sont pas les sorties free parties qui dominent dans leurs parcours et chez certains, ces fêtes ne se rencontrent qu'exceptionnellement. Ils préfèrent les autres espaces festifs de l'alternatif comme les bars, les squats, les festivals, etc.,. Ils sont plutôt musique du monde, rock, etc., enfin tout ce qui n'est pas du ressort de la musique électronique et de l'espace festif commercial.

- Circulation et Porosité

Il y a évidemment, une circulation constante entre le milieu des teufers et celui des festivaliers, et pour beaucoup d'entre eux, ils se connaissent. Le « Toulouse alternatif » est un village. Certains événements favorisent le mélange de ces deux populations comme par exemple le cas particulier des festivals que l'on a évoqué plus haut ou celui des fêtes privées ainsi que les soirées alternatives non-Electro.

Notons qu'en majorité, la population de l'espace festif alternatif concerne des insérés avec un capital plutôt faible à moyen, du moins pour ce qui concerne les fondateurs et les expérimentateurs. Notons que les cas particuliers des Travellers, et celui des satellites qui appartiennent aux populations précaires de l'espace urbain.

Le pouvoir d'achat des différents acteurs de la fête structure celle-ci. Outre que l'entrée payante permet de payer l'organisation de la soirée, voire de faire des bénéfices, elle autorise aussi une sélection du public. Organiser une soirée payante est souvent un moyen conscient d'écarter d'éventuels satellites... mais, elle met aussi à l'écart certains fondateurs et les expérimentateurs les plus défavorisés financièrement. Plus la soirée sera chère et plus la sélection sera efficace (c'est par ailleurs, le principe fondamental de cooptation du groupe Select). Chacun a sa limite financière, la moyenne se situe autour des 10-15 euros, mais tout dépend finalement des ressources de chacun (selon le niveau d'insertion ou les degrés de précarité). Les soirées payantes concernent globalement les fêtes Transe et Jungle, les raves, les soirées avec têtes d'affiche dans des salles de musiques actuelles (groupe Soirées urbaines principalement) et les festivals.

## Migrations Estivales

Les migrations festives générant des déplacements plus ou moins éloignés s'inscrivent dans une figure du « possible ». Autrement dit, ce qui n'est pas possible ici, le pourrait être ailleurs. Si ce phénomène n'est pas spécifique au site, la proximité avec l'Espagne joue un rôle actif dans les représentations des voyageurs festifs. En effet, le site de Toulouse a la particularité d'être à la fois *proche* et *lointain* de l'Espagne.

*Proche*, car les déplacements ne sont pas de grandes expéditions. Il est facile de partir faire la fête pour un week-end à Barcelone<sup>25</sup> ou Bilbao. La conjugaison plage/fête/soleil/psychotropes libres est au centre des représentations et des motivations des migrations.

*Lointain*, parce que partir c'est quitter le quotidien, quitter les cadres sociaux et symboliques habituels, c'est transformer la perception du possible. Autrement dit, être ailleurs, c'est pouvoir se permettre de sortir de ce cadre habituel. Faire la fête ailleurs, c'est un double renversement. C'est le renversement propre à la fête au sens anthropologique du terme, mais

<sup>24</sup> Cette appellation ne nous satisfait pas complètement. Nous l'avons cependant adopté pour les raisons suivantes : il a été difficile d'en trouver une autre mais surtout l'expression de « festivaliers » a été celle utilisée par des habitués de l'espace festif alternatif entendus lors des entretiens ethnographiques.

<sup>25</sup> C.f. « *L'espace festif commercial* » dans ce rapport

c'est aussi exercer ce renversement dans un espace où les règles sont floues, dans tous les cas, vécues comme différentes.

Les toulousains entretiennent avec l'Espagne cette relation depuis des générations. Et les psychotropes s'incluent dans ce processus. Chaque toulousain a un parent ou un grand-parent qui va régulièrement encore acheter ses bouteilles d'alcool et ses cartouches de cigarettes à la frontière. Idem pour les psychotropes illégaux<sup>26</sup>, l'Espagne incarne à juste titre d'ailleurs le lieu de l'approvisionnement et en creux de la liberté utopique de consommer des drogues.

Au-delà de la particularité de l'Espagne, les observateurs mettent l'accent sur ces migrations festives autant dans l'espace festif alternatif que dans l'espace festif commercial<sup>27</sup>.

### **Le nomadisme chez les teufers**

Les déplacements géographiques des populations de l'espace festif commercial ne peuvent pas se comprendre de la même manière les circulations pratiquées par les acteurs de l'espace alternatif. Car contrairement à l'espace commercial, le nomadisme appartient à la culture de la free-party. Les idéaux types de cette mouvance que sont les voyageurs ont ainsi adopté un mode de vie où voyage et musique sont intrinsèquement liés. Et plus largement, pour se rendre dans les fêtes, comme les voyageurs dans une plus grande échelle, les teufers ne cessent d'aligner les kilomètres en sillonnant régulièrement la région : une fois, ils sont du côté de Limoux, une autre fois, près de Castres, parfois même bien au-delà. Moins exotique que la traversée de l'Europe, ces trajets en véhicule font partie du temps de la fête. Ils ne sont pas un simple « à côté ».

Il semble que le milieu select de l'espace commercial présente un aspect similaire dans le sens où depuis au moins la fin du 19<sup>e</sup> siècle, les élites sociales ont l'habitude de voyager au fil des saisons et des événements festifs ou calendaires. Mais le voyage se situe dans une autre optique quand il se pratique au sein de l'espace festif alternatif puisqu'il fonde un mode de vie en opposition à la culture dominante. Et ce n'est sûrement pas anodin si, certains des informateurs associent parfois dans leur discours les voyageurs/tribus<sup>28</sup> aux gitans ou aux cirques.

Ces trois groupes qui se définissent chacun en employant le même terme de « communauté » affichent en effet, des points communs. Comme les gitans, les voyageurs sont nomades, ils vivent selon leurs propres règles qui ne sont pas forcément conformes avec les lois de l'État et ils s'autogèrent par le biais d'une économie parallèle (le fait de bénéficier des aides sociales ne contredit pas cet aspect). Dans le même ordre d'idée, les tribus rappellent les cirques ; eux aussi voyagent pour présenter leur spectacle, eux aussi montent et démontent leurs chapiteaux avec en prime, des murs de sons à brancher et à débrancher à chaque free party.

### **Migrations festives**

L'été, bien évidemment, période de vacances et de soleil, est propice aux voyages comme c'est le cas pour tous les français. *« Il y a tout qui s'accélère l'été : plus de sorties, il y a plein de gens qui l'hiver sont posés quelque part dans une maison et qui partent sur les routes en été dans les camions... enfin toute l'économie parallèle, il y a les festivals, tous les à côtés des festivals, il y a les grosses soirées, toutes les grosses teufs, c'est plus facile de faire le connard toute la nuit devant un mur de son quand il fait 18 et 20 degrés que quand il fait 6 et qu'il pleut ! (rire) C'est plus rigolo ! (rire) »*

---

<sup>26</sup> C.f. « L'organisation des trafics » dans ce rapport

<sup>27</sup> C.f. « L'espace festif commercial » dans ce rapport

<sup>28</sup> Pourtau L. ; *Techno, Voyage au coeur des nouvelles communautés festives*, Essai (broché). Paris, 2009

Les voyages des teufers ont donc pour destinations principales les festivals, les technivals et les free-party. Les camions parcourent la France et les pays voisins particulièrement ceux qui associent événements festifs et coût de vie réduit. C'est le cas de la république Tchèque réputée pour ses technivals et ses drogues facilement accessibles et peu chères, en particulier dans le domaine des amphétamines. C'est le Portugal où s'est déroulée une des principales fêtes de l'été, le Boom, festival Transe (110 euros en prévente et 130 euros sur place) et son Fuck Boom (technival « sauvage » et gratuit, organisé en protestation à l'état d'esprit jugé non-alternatif du Boom) dominé encore cette année par le son Hardcore. C'est enfin l'Italie et l'Espagne, deux territoires « historiquement » privilégiés par le réseau alternatif toulousain, de par leur proximité géographique (Turin, Milan, Barcelone) qui a favorisé les rencontres et les mélanges de nationalités. Ainsi, plusieurs tribus du secteur Toulouse/Grand Sud, sont d'origines italiennes ou espagnoles et ont vu se greffer des toulousains. Notons un bémol en ce qui concerne l'Espagne (Pyrénées et environs) où dernièrement les fêtes se font moins fréquentes à cause d'un durcissement de la part de la Guardia Civil à l'égard des organisateurs des free party.

C'est le festival de rue d'Aurillac (fin août), le dernier grand rendez-vous de l'alternatif qui sonne la fin de l'été et le retour à la « maison ».

### **Fêtes internationales**

Cas particulier du réseau international des fêtes transe avec des formules packaging qui incluent le billet d'avion, l'hébergement et le prix d'entrée de la soirée. Ce genre de migrations festives concernent des personnes insérées socialement et qui ont assez d'argent pour pouvoir se permettre, le temps d'un week-end, de se rendre au Maroc ou au Portugal pour faire la fête. Elles ne concernent pas seulement le temps de l'été (à rapprocher des « élites » de la communauté gay qui vont à Berlin, à Londres, à Paris ou à Ibiza).

## ***Espace festif commercial***

L'espace festif commercial n'est pas un tout uniforme. Autour de différents lieux s'organisent des groupes d'affinités différents avec des logiques et des phénotypes de fêtes différents. Toutefois, la problématique de la fête est la même, c'est le moment de renversement qui s'inscrit moins à l'intérieur du temps social qu'à ses marges.

Sans rentrer dans une catégorisation empirique de la structuration de l'espace festif commercial, il est notable que le lieu et sa réglementation formelle ou tacite est au centre de la structuration des groupes d'affinité qui le composent et qui consomment ou non des psychotropes autres que l'alcool. Autrement dit, selon les lieux, les observateurs remarquent des « ambiances », des modes d'organisation de la fête, des cadres culturels et contre-culturels différents. Les lieux à fort potentiel de consommations de psychotropes sont les lieux qui « tolèrent » ou « normalisent » dans ce moment spécifique la consommation de psychotropes autres que l'alcool. Au registre des motivations articulées à la fréquentation de ces différents types de lieux par nos informateurs, on distingue d'une part les établissements fréquentés en raison de leur ouverture tardive et surtout de la possibilité d'y consommer des produits, d'autre part les établissements choisis en premier lieu en raison de la programmation musicale électronique.

D'autres lieux cités par les informateurs réunissent des groupes identifiés comme « alternatifs » et « gais ». Enfin, les lieux « sélects » sont aussi identifiés comme des lieux de consommation où les usages entrent dans des logiques de distinction sociale.

Dans tous les cas ce n'est pas dans l'espace festif commercial que l'on peut observer des phénomènes émergents. Toutefois, ces lieux d'observations nous permettent d'évaluer la diffusion des phénomènes et la transformation des motivations et/ou des fonctions d'usages de psychotropes selon les contextes. Le développement des consommations de cocaïne et d'ecstasy par exemple s'ancre dans un phénomène de diffusion lent, amorcé il y a plusieurs années. Sortant de leur cercle d'initiés, les « VIP » pour la cocaïne, « *le monde électro* » pour l'ecstasy, la consommation de ces psychotropes sans réellement se démocratiser ou se banaliser touche des populations aux caractéristiques sociales et culturelles différentes. Notons que les prévalences en population générale d'usage concernant ces molécules restent relativement faibles<sup>29</sup>.

Les consommations sont cachées et donc difficiles à observer et à quantifier. Conscient de ces difficultés, le dispositif TREND Toulouse a toujours voulu conserver ces lieux d'investigations qui ont permis d'y voir plus clair sur les temporalités des usages et sur les parcours festifs. En effet, depuis longtemps, on sait que faire la fête dans cet espace, c'est par exemple changer de lieu en cours de soirée. Ce phénomène structure les moments de consommation de drogues légales (alcool en particulier) et illégales (cannabis, cocaïne en particulier). Nous verrons que l'interdiction de la consommation de tabac dans les lieux publics a eu un impact sur cette organisation des usages. Si cette réorganisation ne concerne pas l'ensemble des acteurs de la fête, les « fêtards » habituellement vulnérables aux usages de drogues consomment leurs psychotropes dans des temps et des lieux différents.

### **Un préalable...**

Les usagers de psychoactifs illicites consomment principalement en contextes privés. Un groupe d'usager consommera également en différents lieux publics inclus dans le parcours festif d'une soirée déterminée. Comme le dit un informateur interrogé sur les espaces propices à la consommation : « *C'est pas le lieu, c'est les gens. Ce sera toujours une minorité.* » Autrement dit, on retrouve toujours les mêmes groupes de consommateurs, minoritaires en tous lieux et dont la présence à un moment donné colore l'atmosphère. On ne peut actuellement identifier au sein des espaces commerciaux un club ou un bar à l'intérieur duquel la consommation de psychoactifs illicites serait visiblement partagée par la majorité des clients en présence, et ce, de manière systématique ou régulière. On rencontrera ce type de configuration à l'occasion de tel ou tel événement/soirée particulier. Ainsi, la soirée de la « gay pride » a réuni de nombreux usagers dans des établissements qui semblent avoir une politique « libérale » en matière de consommation de psychotropes sans pour autant être le théâtre d'un usage majoritaire en temps normal.

N'importe quel espace (bar, club, etc.) peut recevoir des usagers qui se montrent généralement très discrets lors des prises de produit. Les usagers distinguent les lieux en fonction de différents critères ayant trait à la consommation et à l'accès. Ainsi, la possibilité de rencontrer d'autres consommateurs dans un lieu est perçue comme un facteur « sécurisant » la prise de produit et augmente en outre la chance d'accéder sur place aux drogues. Les usagers connaissent par ailleurs les lieux à l'intérieur desquels certains produits peuvent être accessibles. La programmation musicale, le profil des « habitués » en termes d'âge, d'appartenance socio-économique et culturelle, le fait que le personnel de l'établissement consomme des psychotropes, sont autant de facteurs déterminant la probabilité de rencontrer de nombreux usagers en un lieu déterminé. On voit bien au cours du

---

<sup>29</sup> C.f. *L'introduction* de ce rapport

temps que les changements affectant ces différents facteurs peuvent effectivement avoir une incidence sur la consommation de psychotropes dans ces contextes.

Si le lieu est connu, les informateurs savent généralement s'ils ont des chances de trouver des produits sur place ou non. L'un des signes les plus fréquemment mis en avant est la relation qu'entretiennent le gérant et son personnel avec la consommation de produit. Dans un lieu inconnu, le consommateur recherche d'abord la présence d'un revendeur connu ou d'un intermédiaire lui aussi consommateur à qui il pourra s'adresser. En l'absence d'intermédiaire connu, différents indices sont jugés significatifs : l'activité sur le parking ; l'état apparent des personnes ; l'appartenance sociale des clients ; le style vestimentaire ; l'âge ; l'offre musicale ; les lieux.

L'arrêt ou la diminution de la consommation dans un lieu semble résulter le plus souvent de l'action du responsable. On note une grande cohérence de la liste des lieux d'usages de drogues dressée par les informateurs, y compris des lieux qu'ils ne fréquentent pas.

### **Interdiction de la consommation de tabac dans les lieux publics**

Ce décret du 15 mars 2006, mis en application au 1<sup>er</sup> janvier 2008 en interdisant la consommation de tabac dans les établissements de nuit modifie les conditions d'entrée et de sortie de ces établissements de nuit et de fait la circulation des personnes. En effet, jusqu'à présent, les aller/retour dedans/dehors étaient rares et ne pouvaient être motivés.

Suite à ce décret, les professionnels ont dû s'adapter. Les observateurs notent dès le début de la mise en application, la possibilité donnée aux fumeurs de sortir et d'entrer de l'établissement comme ils le souhaitent. Les regroupements de fumeurs devant les bars et les discothèques sont aujourd'hui habituels, complexifiant encore le travail des agents de sécurité.

Si nous soulignons ici ce phénomène, c'est que ce changement apparemment mineur, sauf pour le voisinage des établissements de nuit qui se plaint régulièrement du bruit<sup>30</sup>, a réorganisé de manière radicale la temporalité des usages de drogues illicites. En effet, les usagers de drogues traversant l'espace festif commercial sont généralement en difficulté pour consommer car le contrôle social veille. Ainsi, jusqu'alors, les usages précédaient l'entrée dans l'établissement, et ne pouvaient avoir lieu que dans les toilettes restreignant grandement leurs répétitions et les modalités d'usages.

Ces entrées et sorties, permettant aux uns et aux autres de s'extraire du contrôle social, génèrent la constitution de nouveaux lieux de consommation. En effet, une fois dehors via le prétexte de la cigarette, il devient possible d'aller consommer des drogues dans la voiture ou dans d'autres lieux informels auto-organisés. On peut alors consommer quand on veut et comme on veut.

Les psychotropes de l'espace festif commercial ont toujours été consommés par la voie nasale ou ingérés. Fumer du cannabis n'était pas habituel car repérable et stigmatisant. La consommation de la forme base ou la pratique de l'injection, pour des raisons pratiques, n'étaient jamais repérées lors d'événements festifs commerciaux. Aujourd'hui, les observateurs de cet espace mettent en évidence des consommations systématiques de cannabis devant les établissements, mais aussi des consommations de cocaïne base dans les voitures<sup>31</sup> durant la soirée.

Il est important de noter que la création d'espaces non régulés pas le contrôle social et la modification de la structuration temporelle des usages ne concernent pas tous les acteurs de la fête de cet espace. En effet, les observateurs notent que les pratiques de consommations

---

<sup>30</sup> Les journaux locaux en font leur titre dès le mois de janvier

<sup>31</sup> Les pratiques d'injections n'ont pas été observées.

concernent des personnes déjà consommatrices. Toutefois, dans le contexte de la fête, la possibilité d'expérimenter des pratiques différentes peut être au centre d'initiations de jeunes consommateurs « naïfs », soit aux drogues, soit à de nouvelles modalités d'usages.

### **Les boîtes de nuit espagnoles...**

De nombreux informateurs relatent des week-ends ou séjours festifs associés à la consommation de psychoactifs, plus ou moins réguliers, hors de Toulouse et hors des frontières. Notons que les codes symboliques de liberté festive décrit par ailleurs fonctionnent à plein pour ces populations et sont à intégrer dans la compréhension de ces processus de migrations.

### **Les clubbers**

La première destination étrangère est Barcelone. Les arguments avancés pour motiver ces mouvements sont de différents ordres. Culturel d'abord : la culture espagnole est jugée plus festive. Les fêtes seraient mieux socialement intégrées, ce qui se traduirait par une plus grande mixité générationnelle dans la fête et plus largement par une meilleure acceptation de la fête des jeunes par les plus âgés. L'offre festive est également jugée plus importante et la supériorité en termes d'espace, de soins apportés aux lieux, de programmation musicale, mais aussi d'atmosphère, d'ambiance dans les différents clubs est soulignée. L'autre ordre d'arguments mis en avant concerne l'accès et la consommation de psychoactifs. Tous soulignent la plus grande acceptation de la consommation de drogues dans les espaces festifs publics. « *Les vigiles ne sont pas là pour t'empêcher de te droguer.* » Du point de vue des informateurs, ce fait a un impact direct sur la manière dont est vécue la prise de produits « *Du coup les gens vivent leur drogue super bien.* » Le stress et la vigilance associés à la consommation de substances psychoactives illicites dans un environnement qui le réprouve sont supposés favoriser les « mauvais trips » et/ou les états de malaise. Selon les informateurs, l'accès aux différents produits : cocaïne, ecstasy/MDMA, speed, kétamine est plus aisé.

### **Milieu festif Gay**

Si l'Espagne accueille tout type de profil, d'autres mouvements sont notables parmi les gays toulousains pour différentes raisons qui s'ajoutent à celles évoquées plus haut. De nombreux gays, notamment les hyper insérés, ne fréquentent pas ou très peu les soirées locales. L'échelle de la ville dans laquelle « *tout le monde connaît tout le monde* » incite peu à l'usage de psychoactifs illégaux, particulièrement lorsque l'usager occupe une position sociale supérieure. L'effet desinhibiteur de certains produits pourrait favoriser un comportement jugé négativement par des tiers dans un contexte où la prise de substances psychoactives est loin d'être admise par tous. De plus, le festif toulousain est perçu, comparativement avec d'autres villes comme étant « *bon enfant* », « *pas branché* ». La limite de l'offre sur la scène électronique en est le symptôme. Significativement, on rencontre lors des soirées ayant des programmations musicales pointues, ces gays trentenaires et quadragénaires qui ne sortent pas ailleurs. Soirées durant lesquelles la consommation de drogues « *récréatives* » est très généralisée.

La possibilité de faire de nouvelles rencontres associées à la sexualité furtive est un autre moteur des mouvements de délocalisation de la fête. Outre Barcelone durant le week-end, des gays toulousains se rendent régulièrement Paris, Montpellier, Londres ou Berlin durant l'hiver. Durant l'été, Sitges, Mikonos et Ibiza sont des destinations particulièrement prisées. Dans le contexte de soirées à thématiques sexuelles dites hard, certains se rendent

régulièrement à Nîmes et à Anglette. La consommation est très généralisée dans ces contextes.

## **Marché des drogues et organisation des trafics<sup>32</sup>**

La structuration des trafics sur le site de Toulouse est proche de celle d'une ville transfrontalière. En effet, malgré les trois heures de route pour rejoindre la frontière, cette proximité avec l'Espagne est au centre de l'organisation des trafics et du marché des drogues local. Si ce n'est pas le seul lieu d'approvisionnement, les Pays-Bas via la Belgique sont aussi régulièrement cités, la proximité permet aux plus téméraires, aux non-professionnels du trafic, aux différentes populations des plus précaires aux plus insérées de venir s'approvisionner pour sa propre consommation, pour 10 grammes, 100 gramme, un kilo ou pour plus. Si historiquement les réseaux structurés faisaient loi, ce n'est plus le cas ces dernières années. La proximité permet la répétition des allers-retours rendant possible le transport de petites quantités facile à écouler en dans un temps record évitant le plus gros problème pour une marchandise illégale, le stockage.

Le cannabis est le produit le premier produit au centre des trafics même si la cocaïne dans un rapport coût/quantité/risque sans équivalent est un produit de plus en plus cité par les services d'application de la loi. L'héroïne reste dans des niveaux de trafic plus faible à cause d'un potentiel de diffusion plus réduit actuellement.

Concernant les réseaux, les observateurs remarquent depuis quelques années une superposition des filières de trafic de cannabis et de cocaïne même si à la source, de l'autre côté des Pyrénées, les fournisseurs de ces réseaux locaux sont distincts.

Concernant les produits provenant des Pays-Bas, cannabis, cocaïne, héroïne principalement, mais aussi les drogues de synthèse, les quantités transportées sont plus importantes, les trafics plus structurés et les risques plus importants. Toutefois, il semble que les « arnaques sur la marchandise » ou les « escroqueries » soient moins fréquentes qu'en Catalogne ou au Pays Basque incitant certains non professionnels à tenter l'aventure dans le nord de l'Europe.

### **Les investigations en 2008 mettent en évidence**

- Une augmentation de la disponibilité de l'héroïne en provenance des Pays-Bas, mais aussi directement de l'Espagne et plus particulièrement de la Catalogne. Ce phénomène amorcé en 2007 se poursuit tout au long de l'année 2008.
- Une hausse du nombre d'interpellations tout au long de l'année de revendeurs ayant une forte diffusion (« grossistes ») agit sur la structuration de l'approvisionnement des usagers, même si l'accessibilité au produit ne diminue que sur de courte période.
- Une diffusion des trafics vers des zones rurales.
- Développement d'achat via Internet pour des produits disponibles : Poppers, GBL, BZP, champignons hallucinogènes

---

<sup>32</sup> La question des détournements et du trafic des médicaments sera abordée dans la partie MSO car les sources d'informations sont distinctes de celles qui sont utilisées dans ce chapitre. Une mise en perspective semble méthodologiquement inadéquate.

## Le prix des drogues

Le prix des drogues relevé par les différents observateurs est un indicateur intéressant pour renseigner la disponibilité et l'accessibilité des différents produits.

	Prix relevés	Commentaires	Sources informations
Héroïne	Prix bas : 30 euros/g Prix haut : 80 euros/g Prix courant : 60 euros/g	Il existe des ventes au détail selon ce que l'utilisateur peut payer.	RDR Ethnographie Sanitaire GFR
BHD	<i>Subutex®</i> : Prix bas : 5 euros Prix haut : 10 euros Prix courant 8 euros	Forte disponibilité avec des prix qui augmentent les dimanches, les jours fériés et les jours de RMI	RDR Ethnographie Sanitaire
	<i>Générique</i> : 5 euros	Très peu présent sur le marché parallèle	RDR Ethnographie
Méthadone	15 euros la fiole	Peu importe le dosage	RDR Ethnographie
Sulfates de Morphine	60 à 70 euros la plaquette 5 à 10 euros le comprimé ou la gélule	Produit rare	RDR Ethnographie Informateurs Clés
Cocaïne	Prix bas : 35 euros/g Prix haut : 100 euros/g Prix courant : 60 euros/g	Le prix est à mettre en rapport avec la qualité et la quantité vendues. Il existe des ventes au détail selon ce que l'utilisateur peut payer	RDR Ethnographie Informateurs Clés GFR
MDMA	<i>MDMA poudre</i> Prix bas : 50 euros/g Prix haut : 80 euros/g Prix courant : 70 euros/g	Le prix de la poudre vendue en gélule est semblable à celui du comprimé	RDR Ethnographie Informateurs Clés
	<i>Ecstasy (comprimé)</i> Prix bas : 7 euros Prix haut : 10 euros Prix courant : 10 euros	Le prix peut descendre à 5 euros l'unité lors d'un achat groupé	RDR Ethnographie Informateurs Clés
Speed	Prix bas : 10 euros/g Prix haut : 20 euros/g Prix courant : 15 euros/g	On relève les mêmes prix selon les espaces. Produit peu recherché, mais disponible	RDR Ethnographie
LSD	Prix bas : 5 euros Prix haut : 10 euros Prix courant : 10 euros	Pas de différence entre goutte ou buvard	Ethnographie
Kétamine	Prix bas : 30 euros/g Prix haut : 60 euros/g Prix courant : 50 euros/g	Ces prix sont sous la forme poudre et au gramme. Le litre se négocie 800 à 1000 euros	Ethnographie
Cannabis	Prix bas : 4 euros/g Prix haut : 8,5 euros/g Prix courant : 6 euros/g	Voir précautions mentionnées plus haut	RDR Ethnographie Sanitaire GFR

Une précaution doit être prise à la lecture du tableau suivant concernant le cannabis. Sur le site de Toulouse, les modalités d'approvisionnement de cannabis sont très éclectiques. Autrement dit, entre autoculture, réseaux traditionnels, trafic de « fourmis » individuel, les prix peuvent être différents, car les qualités des produits recherchés et disponibles sont très différentes. Autrement dit, les produits de « qualité » sont très recherchés ce qui fait monter leurs prix alors que parallèlement, de la résine de moins bonne qualité est largement

disponible faisant chuter son prix. Ceci n'est pas nouveau. Toutefois, il semble que ce phénomène s'amplifie ce qui a un impact sur les écarts de prix (allant du simple au double de 4 à 8,5 euros/g actuellement). Les moyennes entre les différentes sources d'information ne représentent pas le prix moyen du cannabis sur le site. Elle représente seulement le prix moyen de nos sources d'information qui sont spécifiques aux espaces que l'on observe et étant donné le niveau de diffusion, il est difficile et périlleux de faire une généralisation.

Notons que pour les autres produits, même si les données sont à manier avec précautions, celles-ci sont plus fiables. En effet, plus le phénomène est restreint et plus les observations sont quasi-exhaustive même s'il est possible que certains phénomènes échappent aux investigations.

Notons que les prix concernant la BHD, de la méthadone et des sulfates de morphine sont bien évidemment les prix relevés au marché parallèle de rue.

Tous les produits cités dans le rapport n'apparaissent pas dans cette synthèse, car la triangulation des données n'a pu s'exercer, les niveaux d'informations n'étant pas suffisants.

## **Les opiacés**

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 l'inhalation ou fumette (chasse au dragon). L'injection domine au sein des populations qui fréquentent les structures de première ligne. Le sniff et la « fumette » sont les modes d'administration prédominants de la population rencontrée au sein des événements festifs électroniques techno ou des populations plus insérées.

### **Situation sur le site**

Pendant longtemps sur le site l'héroïne, était cantonné à des usages à la marge. Depuis la fin 2006, les observateurs décrivaient un « retour » de l'héroïne dans les différents espaces. Les investigations de 2007 mettaient en lumière une nouvelle disponibilité de ce produit. Les caractéristiques des populations concernées étaient différentes que celle de l'épidémie des années 90.

La disponibilité de l'héroïne est en hausse pour de nouvelles populations jeunes depuis deux ans. Utilisant la voie nasale, ils méconnaissent les risques associés à ce produit. Pour ceux qui ont connaissance de l'épidémie des années 80-90, la modalité d'usage par voie nasale est avancée comme argument de distinction face aux héroïnomanes injecteurs en grande précarité sociale, figure sociale classique du toxicomane.

Les observateurs prévoient une épidémie sourde. Selon eux, le nouvel équilibre de l'offre des drogues opiacées sur le marché des drogues (BHD, méthadone, sulfate de morphine, dérivés codéiné) permet de réguler le manque. Les modalités de consommation de cette nouvelle population, plutôt du côté du « sniff » et de la forme fumée, moins du côté de l'injection, conditionnent aussi, dans une moindre mesure, les problèmes visibles associés à ces consommations.

### **Espace Urbain**

Dans l'espace urbain, la disponibilité est à la hausse en 2006 et en 2007 et l'héroïne retrouve une place sur le marché des drogues. Elle reste moins consommée que la buprénorphine haut dosage (BHD) parmi les populations précaires, mais est dans une dynamique à la hausse.

L'héroïne est devenue (ou redevenue) le premier produit de consommation pour une part des usagers en demande de soin ou non. Les observateurs décrivent des usagers d'héroïne qui compensent les périodes de manque par la consommation de BHD et de méthadone trouvé sur le marché parallèle. Ce phénomène ne concerne pas seulement les héroïnomanes substitués et génère la rencontre de nouvelles populations avec les MSO.

### **Espace festif**

Dans l'espace festif alternatif, l'évolution, sensible en 2005, nette en 2006 et 2007 et les témoignages rapportés sur le sujet par les observateurs, doivent être replacés dans une chronologie déjà amorcée il y a plusieurs années. En 2007 délé, des demandes de soins pour des problèmes d'héroïne chez des jeunes de cet espace deviennent de plus en plus régulières.

En interrogeant les carrières de ces usagers, on se rend compte que les consommations occasionnelles ont débuté il y a plusieurs années. Autrement dit, des pratiques jusqu'alors « cachées » apparaissent et les usages se transforment. Les consommations dites « *de descentes* » deviennent pour certains des usages réguliers, voire problématiques depuis une paire d'années. Les motivations et les contextes de consommation sortent du cadre festif pour s'inscrire dans des usages plus classiques en lien avec les propriétés intrinsèques de ce produit.

Ces nouvelles populations en demande de soins, majoritairement consommateurs par voie nasale ou fumée, évitent de s'inscrire dans des pratiques d'injection trop proche de la figure du toxicomane injecteur d'héroïne. Pour autant, si le couple injection/héroïne est un facteur de protection pour une grande partie des usagers tentés par l'héroïne, il peut être aussi un facteur de vulnérabilité à l'usage veineux.

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 une normalisation des pratiques, car les usages restent cachés pour la plupart, en tout cas dans un temps et un espace différents. 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.

Ces nouveaux consommateurs, issus en grande partie de l'espace festif alternatif, habitués aux stimulants, méconnaissent la dynamique des opiacés et leurs potentiels addictogènes, réduisant le risque à la seule intoxication.

De manière générale, les services du respect et de l'application de la loi notent une hausse des saisies depuis 2006 de lots d'héroïne même s'ils n'identifient pas une hausse de la délinquance associée.

Les investigations de 2007 ont décrit des usages dans des populations très diverses tant du côté des sources du soin que du respect et de l'application de la loi.

## Tendance en évolution sur le site en 2008

### Disponible, mais pas accessible à tous

Ce produit est de plus en plus disponible. Cette tendance amorcée depuis deux ans se traduit cette année par une augmentation des discours de personnes en contact avec les dispositifs de réduction des risques. Si jusque-là, l'association Subutex®/cocaïne était au centre des préoccupations des personnes recensées dans ce type de dispositif, en 2008, l'héroïne est de plus en plus présente dans les discours de ces usagers de drogues.

Toutefois, si la disponibilité augmente, elle ne rend pas ce produit accessible à tous. Comme par le passé, pour les populations les plus précaires de l'espace urbain, le coût<sup>33</sup> de cette molécule sur le marché des drogues ne permet à tous de pouvoir la consommer. La concurrence des médicaments de substitution aux opiacés, gratuits sous prescription ou se négociant pour quelques euros sur le marché parallèle, permettent aux dépendants aux opiacés de pallier le manque. Ici, l'héroïne se restreint au statut « *d'extra* » dans des contextes exceptionnels. Notons ainsi que l'héroïne peut être alors un moyen de s'inclure dans des processus de distinction. Si les médicaments sont considérés comme « *la drogue du pauvre* », l'héroïne est « *fantasmée* ». Consommer de l'héroïne, ou déclarer en consommer dans un lieu recevant des populations en grandes précarités peut être au centre de processus d'affiliation aux usagers de drogues, mettant à l'écart la question de la vulnérabilité sociale. Autrement dit, les acteurs de la réduction des risques recevant les personnes en situation de « grande précarité » pondèrent ces déclarations de consommation d'héroïne considérant de manière clinique que l'association alcool/médicaments psychotropes compose la réalité des usages, l'héroïne restant souvent une chimère.

### L'héroïne n'est plus le diable

Tous les observateurs concluent à une modification de l'image de ce produit. Longtemps diabolisée, stigmatisante pour ses usagers, excluant de la vie sociale, cette molécule portait la responsabilité des toxicomanies. Si l'héroïne reste toujours une molécule à part dans l'imaginaire des drogues, elle regagne « des lettres de noblesse ». Deux raisons à cela.

Les usagers les plus jeunes de 2008, ceux dont la représentation diabolise le moins cette molécule, pour la plupart, n'ont pas construit leur image du toxicomane sur la figure traditionnelle, l'héroïnomane injecteur, héritée des années 80 et 90. De cette figure sociale, ils n'ont retenu que la question de l'injection. Non-injecteurs, ils consomment par voie nasale ou par la forme fumée<sup>34</sup> les préservant à leurs yeux des risques associés à la consommation de ce produit. N'entrant pas dans le couple injection/héroïne, ils se pensent protégés de la dépendance. Pour une part, la réalité est tout autre.

La seconde raison de cette « dédiabolisation » de cette molécule est paradoxalement en lien direct avec l'offre de soins sur la question des opiacés et de la réduction des risques. Beaucoup considèrent, du fait de la baisse des overdoses et la diminution des infections VIH que «  *finalement le risque n'est pas si grand* ». « *La toxicomanie, ça se soigne* » considère un jeune consommateur d'héroïne. Si depuis que les observateurs remarquent une hausse de la disponibilité de l'héroïne, ils notent que « *le manque peut se pallier par les médicaments de substitution aux opiacés* », en 2008, cette articulation héroïne/MSO est clairement ancrée dans les usages.

<sup>33</sup> 60 euros le gramme en moyenne. C.f. « *Le prix des drogues* » dans ce rapport.

<sup>34</sup> « *Chasser le dragon* »

Plus de sensation de manque, plus de décès, plus d'infection VIH ou presque, ces trois éléments pas tout à fait factuels d'ailleurs repositionnent l'héroïne dans les représentations des usagers comme un produit peu ou pas dangereux. Si on considère ce phénomène, associé à une disponibilité en hausse et un fort potentiel addictogène, il est clair que tous les éléments sont réunis pour que ce produit s'ancre à nouveau durablement dans les usages, générant des difficultés sociales et sanitaires pour ses usagers, moins visibles qu'auparavant, mais tout aussi problématiques.

### **Nouvelles modalités d'usage au centre de l'initialisation des consommations**

Une disponibilité en hausse, une image qui évolue, la question fondamentale qui reste à poser pour comprendre le développement des consommations d'héroïne concerne l'initialisation de l'usage. Notons que l'accès au produit, l'évolution des représentations, les contextes d'initialisation s'incluent dans un système où chaque élément alimente les autres.

Ce médecin addictologue observe que les modalités d'usage évoluent : *« le mode consommation qui maintenant est très courant et qui ne l'était pas du tout il y a deux ou trois ans ici, c'est le fait de fumer l'héroïne. Il y a quatre ou cinq ans, on n'en voyait pas des mecs fumer l'héroïne »*. Le développement de modalités d'usage existantes auparavant, mais peut-être moins usitées qu'aujourd'hui, rendent possibles les expérimentations pour de nouvelles populations. Pour cette informatrice de l'espace festif alternatif *« il y a beaucoup de gens qui consommaient de la coke, du speed, ou des amphétamines, en trait, et puis un jour, on leur propose un trait d'héro, c'est comme un trait de kéta, "pourquoi pas, j'essaie et finalement l'héro c'est sympa, je suis détendu, demain soir je vais me faire un petit délire, je vais me prendre un trait d'héro, ça va être sympa", et puis au final, il finit pas être dedans »*. Autrement dit, pour ces usagers, consommer de l'héroïne c'est consommer une « drogue comme les autres ». Des modalités d'usage identiques, des pairs qui consomment, des effets intéressants inscrivent ces personnes dans de nouveaux usages d'héroïne. Cet informateur de l'espace urbain décrit ce phénomène *« je pense qu'au fur et à mesure, fumer un peu de shit, prendre un peu de coke, eh bien oui un peu d'héro en sniff pourquoi pas, je prends bien de la coke »*.

Le développement des usages par voie nasale et par la forme fumée rend visible et normalise l'usage d'héroïne. Comme le remarque cet observateur, *« selon les ambiances, peut-être que tu fumes plus facilement en société et que tu injectes, c'est plus compliqué »*. En d'autres termes et sans réduire les usages d'héroïne des dernières années aux seules pratiques d'injection, la diffusion actuelle de l'héroïne dans de nouvelles populations s'articule avec les modalités d'usage pré-existants pour d'autres molécules. Pour ceux qui apprécient les effets de cette molécule, la sous-estimation des conséquences d'usage transforme l'expérimentation, en usage régulier, pour une part à l'origine de dépendances et de toxicomanies.

### **Deux typologies de populations principalement identifiées**

Notons en préalable qu'un très large éventail de populations sont concernées par ce phénomène. Des usagers insérés pris en charge dans les CSST et la médecine générale sont repérés, mais s'inscrivent dans des protocoles de substitution plus ou moins efficaces selon les formes de polyconsommations. Commerçants, employés, étudiants, cadres, jeunes travailleurs, mais aussi d'autres populations aux critères sociaux économiques très différents sont repérés comme usagers ou en demande de soins. Toutefois, ils ne constituent pas le cœur des usages. Autrement dit, à la différence d'autres produits comme le cannabis ou dans une

moindre mesure la cocaïne, le processus de diffusion de cette molécule reste circonscrit à deux grands types de populations.

La *première* se compose d'anciens héroïnomanes substitués, voire des primo dépendants aux médicaments de substitution aux opiacés, qui rencontrant des difficultés avec leurs usages de Subutex® en particulier<sup>35</sup> dans le cadre d'un traitement, d'une auto-substitution ou d'un usage non-substitutifs, consomment de l'héroïne, la plupart du temps par voie veineuse. Ces personnes âgées de 25 à 50 ans peuvent être considérées comme « *insérées ou dans des situations de précarité d'emploi, rarement de logement* » indique une actrice de la réduction des risques.

La *seconde* population identifiée se compose de jeunes âgés entre 25 et 35 ans, peu attirés par cette molécule, mais qui du fait de leur parcours de consommation sont devenus dépendants de l'héroïne. Garçons comme filles ont tout d'abord consommé ce produit dans des contextes de redescentes aux produits stimulants lors d'évènements festifs<sup>36</sup>. Ce phénomène repéré depuis longtemps sur le site tant à s'amplifier parallèlement à la hausse de la disponibilité. La dynamique particulière de cette molécule, sous-estimée par ce type d'usagers jusque-là, les confronte en 2008, de plus en plus, à la problématique de la dépendance et la complexité de demander du soin. Pour les acteurs de la réduction risques, « *une part des expérimentateurs accrochent* ». Autrement dit, les observations ethnographiques de 2006 et des CAARUD en 2007 prennent une valeur particulière en 2008, puisque l'on repère plus de discours décrivant ces populations dans les CSST. Pour cette médecin de CSST, « *les demandes de prises en charge sur la question de l'héroïne augmentent depuis 2006 (...) sachant que c'est plutôt des jeunes qui consomment en sniff* ». Il est important de souligner que la voie veineuse n'est pas utilisée même pour des personnes en situation de dépendance. A priori, on aurait pu faire l'hypothèse que le manque allait activer de nouvelles modalités d'usage pour rendre plus efficace la prise. Comme cette médecin, on peut penser que les actions de prévention ont agi et que pour ces usagers « *c'est quand même une barrière qu'ils ne s'autorisent pas* ».

### **Taux de concentration et risques d'intoxication**

Les taux de concentration de 69 échantillons analysés sur le site en 2007 et début 2008 révèlent des taux de concentration faible. Si on extrait les 5 échantillons dont les taux de concentration en héroïne sont supérieurs à 15%, on note que la majorité des produits (40) collectés ont des taux de concentration en héroïne compris entre 2 et 10 % sachant que l'analyse de 19 échantillons révèle un taux de concentration inférieur à 2%. Compte tenu des biais de recueil de ce type d'échantillons, il est clair qu'en moyenne les taux de concentration d'héroïne dans les produits consommés par les usagers sont faibles. Ceci dit, cette configuration ne rend pas cette molécule inoffensive, au contraire dans certains cas, elle peut être au centre de problèmes d'intoxication, voire d'overdose. Les faibles taux de concentration mettent en danger les usagers habituellement consommateurs de ce type d'échantillons et qui par hasard consomment un produit dosé ou fortement dosé. De même, des usagers qui ne trouveraient pas les effets recherchés pourraient multiplier les prises jusqu'à l'intoxication.

Ces deux types de situations transparaissent en creux dans le recueil de données, toutefois des investigations complémentaires seraient nécessaires pour conclure à la récurrence de ces types de cas. Notons que le site de Toulouse n'a pas été concerné par le phénomène des héroïnes très dosées connu par ailleurs en France.

---

<sup>35</sup> C.f. la partie *MSO : Usages détournés de BHD*

<sup>36</sup> C.f. la partie *Héroïne : Situation sur le site* dans ce rapport

## Trafic

L'héroïne arrive principalement à Toulouse par deux voies principales : l'Espagne et la Hollande. Comme pour les autres produits, selon l'une ou l'autre des provenances, les structurations des trafics sont plus ou moins complexes.

Pour les observateurs, « *les trafics ne sont plus dans la rue comme avant* ». Là encore, en observant le phénomène de manière transversale, il est évident que « le retour de l'héroïne » comme on l'entend souvent prend une forme très différente des modèles des années 90.

Pour cet informateur, « *la clientèle, quand on branche les écoutes, on voit beaucoup de clients apparaître (...) mais apparemment les mecs n'ont pas trop de mal à écouler la marchandise, et des clients qui payent, parce que souvent ce qui se passait dans les vieilles affaires d'héroïne, c'est que les clients n'avaient pas d'argent, donc ça pleurait, ça se disputait, ça volait, alors que là, c'est de la clientèle comme celle de la cocaïne, je passe, j'ai l'argent, ça ne parle même pas d'argent parce que ça paye* ». Autrement dit, les usagers d'héroïne peuvent appartenir potentiellement à toutes les catégories sociales et ne se réduisent pas aux usagers toxicomanes en situation de précarité.

Que ce soit d'Espagne ou de Hollande, le groupe focal du respect et de l'application de la loi décrit des cas de passeurs ingurgitant un volume plus ou moins important (jusqu'à 200 grammes) pour revendre à des distributeurs qui ont leur clientèle. Dans le cadre de réseaux, ou à titre individuel, les fournisseurs/passeurs/revendeurs appartiennent aux mêmes réseaux communautaires.

Enfin, notons que dans l'espace festif alternatif, on note la revente d'héroïne accompagnée de médicaments de substitution. Il est probable que ce phénomène soit nouveau, mais c'est la première fois que le dispositif local ethnographique relève ce type de vente.

## MSO<sup>37</sup> et usages détournés

### États des lieux et Clarification des notions

Les conditions historiques de la mise en place des TSO<sup>38</sup> ont conduit à une multitude de représentations, de point de vue, de pratique de la « substitution » qui renvoie à une multitude de logiques d'utilisation des MSO. Les observations TREND montrent que les MSO sont utilisés aujourd'hui comme des drogues au sens anthropologique du terme, même si des enquêtes approfondies doivent encore être menées pour approfondir nos connaissances. Les investigations sur le site depuis 2004 montrent que si les médicaments de substitution s'inscrivent initialement dans le cadre des TSO, leur signification pour une part des personnes qui les utilise est différente, la molécule perdant son statut symbolique de médicament pour revêtir la figure sociale de drogue.

Un produit devient un médicament lorsqu'il possède des propriétés préventives ou curatives à l'égard des maladies, ou lorsqu'il peut être administré pour restaurer, corriger ou modifier les fonctions organiques d'un organisme. Dans le champ qui nous préoccupe, il est légitime d'inclure dans cette définition, le fait que le médicament puisse être administré en l'absence de maladie déclarée, mais à titre de prévention dans une démarche de réduire les facteurs de risques de la maladie<sup>39</sup>. Certains usagers utilisent des médicaments opiacés de substitution à des fins de prévention d'une éventuelle rechute.

<sup>37</sup> MSO : Médicaments de Substitution aux Opiacés.

<sup>38</sup> TSO : Traitements de Substitution aux Opiacés.

<sup>39</sup> La notion de maladie à retenir ici est soit celle de l'addiction comme une perte de contrôle d'une consommation ayant des conséquences néfastes ou la toxicomanie envisagé comme une addiction à des substances illicites (DSM 4)

Si un traitement peut avoir une utilisation non conforme à son cadre de prescription et un médicament peut-être détourné de sa finalité thérapeutique, un produit reste libre de détermination des types d'usages que l'on peut en faire. Autrement dit, les MSO peuvent prendre une signification autre que celles déterminées au départ pour de utilisateurs, usagers de drogues ne s'inscrivant pas une demande. Escots<sup>40</sup> différencie MSO et TSO au travers de deux définitions :

- **Médicaments de substitution aux opiacés** : toute spécialité pharmaceutique opiacé susceptible d'être utilisé à la place d'un opiacé pour ses propriétés préventives ou curatives à l'égard de problèmes en lien avec l'usage d'opiacé. Nous retiendrons la BHD (princeps et générique), la méthadone, les dérivés codéine et les sulfates de morphine.
- **Traitement de substitution aux opiacés** : protocoles thérapeutiques intégrant des médicaments de substitution aux opiacés bénéficiant d'une AMM dans le cadre de la prise en charge des pharmacodépendances aux opiacés.

Si une seule lettre change entre TSO et MSO, la nuance est fondamentale pour appréhender le phénomène. Comprendre les différentes logiques d'usages, c'est comprendre et contextualiser les observations TREND des 10 dernières années de ces médicaments, sortant du cadre thérapeutique et devenant pour une part de leurs utilisateurs des drogues au sens anthropologique du terme<sup>41</sup>.

### **La situation sur le site des usages détournés de la BHD**

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>42</sup>.

La BHD est un produit très difficile à catégoriser. Médicament de substitution aux opiacés, sa large diffusion via la médecine de ville à un impact majeur sur les traitements des toxicomanies de 1996 mais à générer parallèlement un niveau de détournement élevé. Si une ligne de césure claire sépare les médicaments des stupéfiants tant pour les usagers que pour les intervenants en toxicomanie, la BHD fait bouger les lignes.

La BHD est pour la CPAM « *un traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique* ». Pour Escots<sup>43</sup>, tous les consommateurs de BHD ne s'inscrivent pas dans ce cadre. Cet auteur rappelle que si pour certains il s'agit d'un traitement, pour d'autres d'une gestion de leur toxicomanie, dans ces deux cas, l'usage s'inscrit dans une logique de substitution. Mais, il rappelle que l'usage de BHD ne fait pas toujours suite à une pharmacodépendance aux opiacés. Il existe un autre type d'usage : l'usage non substitutif.

<sup>40</sup> Escots S., 2006, Communication Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales, centre d'anthropologie, journée doctorale : « *Qu'est-ce qu'un usage de drogue* »

<sup>41</sup> Ibid

<sup>42</sup> Escots S., Fahet G., 2004, Op. Cit.

<sup>43</sup> Escots S., 2006, Communication Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales, Op. Cit.

L'analyse des usages de la BHD et plus particulièrement du Subutex®<sup>44</sup> perturbe les définitions légale ou pharmacologique des drogues. Comme le souligne Escots, cette même molécule est parfois un médicament envisagé dans le cadre d'un traitement, parfois un médicament utilisé de façon non conforme au cadre de traitement, parfois un médicament détourné de son usage. Parfois, enfin, la référence au médicament est tellement éloignée du consommateur et de son contexte d'usage que le statut médical de la molécule ne semble plus rendre efficacement compte de la réalité.

Ces différentes catégories dynamiques peuvent évoluer dans les carrières des personnes consommant des MSO. Les significations des usages doivent fondamentalement être prise en compte pour mieux comprendre les phénomènes des drogues en général, des MSO en particulier et d'autant plus quand il s'agit de la BHD.

Les différentes typologies d'usage de la BHD sont repérées sur le site depuis plusieurs années, mais évoluent peu. Ce sont plutôt les carrières des usagers de BHD qui changent parfois allant du soins vers l'usage de drogues, parfois de l'usage de drogues vers le soin. Le « sniff » reste une modalité répandue comme l'injection. Notons que les conséquences de ce type d'utilisation dégradent de plus en plus la perception thérapeutique de la buprénorphine haut dosage.

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.

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 permis de pallier le manque physique de l'héroïne, aucune réponse fructueuse n'a été mise en place<sup>45</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. Notons que tous les ans des périodes plus ou moins longues de manque de disponibilité de la BHD sur le marché parallèle créé la panique pour des usagers comme pour des patients.

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-

---

<sup>44</sup> Nous verrons plus loin que c'est la forme Subutex® et non pas générique qui est le plus soumis au détournement pour diverses raisons galéniques et symboliques et de ce fait qui s'inscrit dans ce cadre d'analyse.

<sup>45</sup> À l'exception de la diffusion du Stérifilt®

Garonne a sensiblement augmenté<sup>46</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, quelques cas de patients passés sous méthadone peuvent bénéficier de prescriptions concomitantes de BHD. 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 semble se situer dans l'entre-deux. Le « business » existe mais sous une autre forme plus diffuse, moins visible, mais toujours très efficace que durant la période de 1996 à 2005.

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 ce phénomène est remarquable quand on la met en parallèle avec l'action importante des services de soins pour faire diminuer le mésusage et l'usage non-substitutif depuis plusieurs années.

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.

## **Tendances en évolution sur le site en 2008 concernant les usages détournés de BHD**

### **Isolement des injecteurs de BHD et conséquences**

Pour cette personne incluse depuis plusieurs années en traitement de substitution, « *le Subutex®, ça rend la vie normale* ». Si clairement pour une très grande majorité des cas la BHD est une aide précieuse pour nombre de toxicomanes, pour d'autres, la réalité est plus complexe. En effet, les observateurs recensent de plus en plus de personnes isolées ayant de nouvelles pratiques d'injection de Subutex® suite au manque d'efficacité des effets psychotropes de la BHD par la voie sublinguale. Parallèlement, ces mêmes informateurs observent que pour ces personnes être injecteurs est culpabilisant, voire déviant.

Autrement dit, être en traitement pour une dépendance aux opiacés, c'est extraire ces personnes de « la culture des drogues ». C'est mettre à distance les anciennes pratiques comme l'injection, pas sans mal d'ailleurs. Toutefois, pour une part, cette mise à distance n'est que partielle. Ces personnes se retrouvent dans un entre-deux, car on n'abandonne pas aussi facilement des années d'appartenance à une sous culture au centre de son identité.

Seul, car exclu des trafics et des pairs qui consomment, le médecin est parfois le seul lieu de discours alors que tous les observateurs, médecins inclus, indiquent que parler des pratiques d'injection de Subutex® est un sujet difficile. Cet état de fait engendre des situations complexes. Ces personnes expérimentent des pratiques d'injection solitaires de Subutex®, finalement très différentes de celles qu'elles avaient pu connaître avec d'autres produits. Phénomène plus préoccupant, des personnes dépendantes aux opiacés par la voie nasale ou fumée deviennent des injecteurs de BHD sans aucun accompagnement.

---

<sup>46</sup> Données CPAM présentée lors du comité de suivi de substitution de la Haute Garonne de mars 2008

En croisant les discours des différents informateurs du champ sanitaire spécialisé<sup>47</sup>, il apparaît que le nombre de personnes utilisant la voie veineuse et le Subutex® se situe entre 20 et 45% de l'ensemble des personnes ayant une prescription. Une pharmacienne du réseau remarque que les demandes de matériels stériles, gratuits ou non, ne concernent qu'une petite part de cette population injectrice. Interrogée sur le profil des personnes qui ne demandent pas, cette informatrice constate que ce sont paradoxalement les personnes les plus insérées, ayant des pratiques d'injections anciennes réutilisant le matériel à de multiples reprises. Même si on peut penser que de nombreuses précautions sont prises par ces « experts », il paraît que le discours de la réduction des risques n'atteint pas ces populations. Notons que les investigations ethnographiques font le même constat sur ce point, tout produit confondu.

Parallèlement, si pour une part des usagers par la voie veineuse, les protocoles méthadone sont « *de bonnes alternatives* », si pour d'autres, des arrêts spontanés de la pratique d'injection sont relevés, les observateurs indiquent comme en 2007 que les problèmes du à l'injection de la BHD et du Subutex® en particulier perdurent. Notons que ce ne sont pas seulement des personnes ayant de vieilles pratiques d'injection. Des cas d'usagers ayant adopté l'usage par voie veineuse il y a peu de temps sont aussi concernés. Abcès, « mains de Popeye » ne sont pas de nouveaux maux en lien avec l'injection de Subutex®, toutefois, les descriptions récurrentes de nouveaux cas montrent que ce problème se chronicise pour les « usagers/patients »<sup>48</sup> de BHD par voie veineuse.

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, et malgré la mise en place de solutions comme le Stérifilt®, ainsi que le travail des équipes de réduction des risques, la BHD, molécule non injectable qui a pour objectif de réduire les risques des toxicomanes, cause encore et toujours les mêmes dommages.

### **Trafic de rue, un accès bas seuil ?**

Le trafic de BHD concerne plus particulièrement le Subutex®. Les observateurs décrivent la présence de grossistes qui centralisent *les détournements de prescription* et les *polyprescriptions* et qui revendent à l'unité des comprimés achetés par boîtes ou plaquettes.

*Les détournements de prescription* sont de deux ordres. Des personnes pouvant avoir les stigmates de la toxicomanie simulent une dépendance aux opiacés et se font prescrire de la BHD qu'ils ne consomment pas, soit parce qu'ils ne sont pas dépendants, soit parce que grâce à ce trafic, ils se donnent les moyens d'avoir accès à de l'héroïne ou d'autres produits. Le second type de détournements concerne des personnes qui sont en protocole de substitution, mais qui détournent une part du traitement pour compléter leur revenu. Soit ils sont en surdosage, et leur détournement ne pose pas de problème en matière de manque, soit ils s'accommodent de ce manque en consommant de l'alcool, de la cocaïne ou de l'héroïne dans cet ordre.

La *polyprescription* très importante jusqu'en 2004 sur le site a été régulée grâce au contrôle de la CPAM et aux travaux du comité de suivi de la substitution de la Haute-Garonne piloté par la DDASS. Toutefois, selon les observateurs « *les contrôles n'étant pas permanent* » ces pratiques se poursuivent. Il est important de souligner que si les polyprescriptions existent toujours, leurs proportions se sont très nettement limitées, souvent à deux médecins. Si

---

<sup>47</sup> Ces informations ne sont pas exhaustives et ne représentent pas la perception de l'ensemble des acteurs de ce champ, elles correspondent aux discours de nos informateurs.

<sup>48</sup> Nous utilisons ce terme pour inclure les patients en situation de substitution par la BHD et les usages de BHD comme une drogue

auparavant une même personne pouvait compter 5 à 6 médecins, aujourd'hui ce n'est plus cas, par contre on peut penser que beaucoup plus de personnes sont impliquées dans ce type de pratique.

Autrement dit, si depuis 2004 on observait une restructuration du trafic, il semble aujourd'hui qu'au travers des *détournements de prescription*, de la *polyprescription* et surtout des grossistes qui centralisent et revendent la BHD issue de ces démarches individuelles, une nouvelle structuration de trafic se soit stabilisée.

Dans tous les cas, ce trafic a pour conséquence que des personnes ayant consommé la BHD via le marché parallèle de rue, sans prescription médicale, rencontre le dispositif pour initialiser des prescriptions. Pour cette médecin, « *le fait qu'il y ait ces médicaments-là sur le marché parallèle fait qu'il y a un accès bas-seuil en quelque sorte (...) ça va amener les gens vers le soin, parce qu'ils y ont goûté et ils ont vu que c'était mieux pour eux...* ». Entre formalisation d'une auto-substitution préexistante et usages de drogues remboursés par la CPAM, la posture thérapeutique se doit d'être souple. Ce type de prescription permet de la construction d'un lien avec des populations n'ayant pas clairement construit une demande de soins. Autrement dit, la disponibilité de cette molécule via ce réseau est une forme d'accès « bas seuil » qui par des chemins peu orthodoxes permettent à certains d'accéder au soin.

### **Poly-consommation, plus de cocaïne**

Pour ce médecin, « *je trouve que chez les patients qui prennent du Subutex®, il y a aussi pas mal de cocaïne (...), je trouve qu'il y a pas mal de cocaïne en tous cas chez mes patients à moi, avec qui je discute* ». Idem pour cette médecin qui constate que « *Ce qui est de plus en plus présent, c'est la consommation de cocaïne, parce que moi je fais des tests urinaires* ». Autrement dit, que ce soit par l'identification biologique ou dans le cadre de l'entretien clinique, la *cocaïne* est le produit le plus cité cette année par les acteurs du soin pour des patients en traitement avec la BHD. Si cette association n'est pas nouvelle, il est remarquable que lors des investigations précédentes sur ce même sujet, l'alcool, voire les médicaments psychotropes étaient plus fréquemment cités. En 2008, ils sont toujours évoqués, mais la cocaïne prend une nouvelle place dans les témoignages de ces intervenants en toxicomanie. Depuis longtemps, on sait que l'absence de plaisir ou de « *défonce* » via la BHD ne correspond pas aux attentes de certaines personnes incluses dans les protocoles. 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* ». *Alcool* et *cocaïne* sont les deux « produits leviers » pour obtenir les effets recherchés.

L'augmentation de la consommation de la cocaïne chez les personnes sous protocole de substitution BHD s'inclut dans une tendance relevée par le passé, mais aussi par d'autres systèmes d'informations locaux<sup>49</sup>. Sans faire de prospective maladroite, notons que cette augmentation peut être au centre de nouvelles difficultés avec les toxiques, d'autant que les toxicomanies à la cocaïne ont un phénotype très différent de celles aux opiacés. Il est difficile de poser l'hypothèse que cette hausse des citations par les médecins de ces consommations de cocaïne soit en lien avec ce processus, mais il est possible que de nouvelles dépendances apparaissent. D'un usage festif ou occasionnel, ces patients sous BHD pourraient entrer dans la dynamique de la dépendance à la cocaïne et ainsi être plus souvent positifs aux tests biologiques ou être plus en clin à construire un discours sur ce point dans la relation clinique avec leur médecin.

---

<sup>49</sup> Données locales d'OPPIDUM en janvier 2008 et janvier 2009

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 psychiatriques et la volonté de s'inclure dans un protocole de substitution. Autrement dit, la co-prescription BHD/benzodiazépines 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. 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* ».

Cet équilibre moléculaire BHD/benzodiazépines sur la durée pour maintenir un patient dans une substitution ne correspond pas exactement au protocole, 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 polytoxicomanie passe automatiquement par une substitution polymorphe. Résoudre le problème de la dépendance à l'opiacé ne suffit pas pour un grand nombre de personnes qui avec les intervenants en toxicomanie, cas par cas, « bricolent » les conditions de leur substitution selon les situations et les difficultés psychiques et sociales associées.

### **Générique/princeps : An II**

Les observateurs les plus assidus remarqueront que la mise en place du premier générique ne remonte pas à 2007 et que le titre de ce chapitre n'est pas correct. Toutefois, le non-remboursement du « tiers payant contre générique » mis en place en novembre 2008 est au centre d'une redistribution de la délivrance du Subutex® et de ses génériques. Si pendant une courte période la hausse de la délivrance du générique fut forte, elle est rapidement retombée. En effet, une enquête du CEIP de Toulouse<sup>50</sup> sur ce point met en évidence une hausse des entions « non substituables » sur les ordonnances de Subutex® permettant au patient de refuser la substitution du princeps par un générique. Le nombre de ce type de mention augmente progressivement atteignant dans la pharmacie enquêtée 80% en février 2008. De manière plus générale, cette étude montre que selon le profil des patients le phénomène n'est pas le même. Plus les patients sont dans des protocoles « équilibrés » et moins le passage du princeps au générique pose problème.

Rappelons que 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. 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 leurs pratiques à la galénique du comprimé générique. 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.

Notons enfin que cette situation de concurrence entre princeps et générique peut s'inclure dans des stratégies thérapeutiques. Pour cette médecin de CSST, « *chez les sniffeurs, j'arrive à avoir, en passant du Subutex à la buprénorphine, au générique, j'ai des bons résultats, parce qu'ils le disent eux-mêmes, déjà, ce n'est pas la boîte de Subutex, c'est autre chose, et même s'ils savent que c'est la même molécule, pour eux, il n'y a pas marqué Subutex sur la*

---

<sup>50</sup> À paraître. Voir aussi la Thèse de pharmacie de Sarah Bruch, *Étude des co-prescriptions de psychotropes chez les patients substitués par la buprénorphine haut dosage, cas particulier du détournement des benzodiazépines*, Université Toulouse III, 2008

*boîte, que si on le voit dans mon sac ou autre, ce n'est pas la même chose* ». L'histoire du Subutex® a construit chez des usagers des formes de représentation de ce médicament autre. Pensé comme une drogue, ou comme objet dans l'entre-deux, ce stigmate disparaît quand la BHD n'est plus le Subutex® mais le générique. Pour un observateur, *« c'est-à-dire que le label Subutex® serait pour ces patients-là du côté des drogues, alors que le générique serait du côté des médicaments »*. Le poids de l'histoire, issu d'une mise sur le marché en urgence au milieu des années 90 a transformé pour certains usagers un médicament en drogue tant au niveau des représentations que dans les pratiques.

Si passer du princeps au générique est complexe pour une grande part des patients/usagers de BHD, cette différence de perception est au centre de certaines stratégies thérapeutiques efficaces. Démystifiant le Subutex®, la symbolique neutre du générique redonne à la BHD son sens de médicament. Autrement dit, si la substitution du princeps par le générique est compliquée la plupart du temps, elle peut devenir un atout pour repartir sur de nouvelles bases en termes symboliques du moins.

### **La situation sur le site des usages détournés de la méthadone**

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 stupéfiante.

Depuis plusieurs années déjà, on note une volonté de rééquilibrage du nombre de prescriptions entre BHD et méthadone pour le traitement de la dépendance aux opiacés. La volonté du patient ou du médecin d'arrêter le Subutex®, souvent en raison des problèmes liés à l'injection, au profit de la méthadone est un élément de cette hausse. De même que pour tous les usagers de BHD de rue, la demande de prise en charge ne peut se faire qu'au travers de la méthadone. Ayant tous les stigmates de la drogue, la BHD ne peut pas prétendre à un traitement viable au regard de certains usagers dont la demande est initiée par un problème en lien plus moins direct avec cette molécule. Dans ce cadre, les populations primo-dépendantes à la BHD ou les héroïnomanes substitués en mésusages ne voient leur salut qu'au travers de la méthadone et de son cadre strict. La perte de confiance vis-à-vis de la BHD comme médicament de substitution aux opiacés et la volonté des intervenants en toxicomanie de promouvoir ce traitement génèrent de nouvelles demandes et de nouveaux profils de patients. 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. D'autant plus que les réussites sont multiples. L'arrêt de l'injection, pour certains, les sorties de toxicomanie pour d'autres, sont les meilleures publicités pour ce traitement parfois perçu comme trop contraignant.

L'augmentation de la méthadone prescrite sur le site élève automatiquement le niveau potentiel de son détournement, et de son accessibilité hors prescription. Ces dernières années, 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 le marché parallèle de la méthadone n'est pas comparable à celui 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 contre rémunération alimente un marché parallèle restreint. Les démarches correspondent plus à des transactions individuelles et interindividuelles d'aide et de soutien des patients entre eux, qu'à un véritable marché noir.

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

Si le détournement de la méthadone reste un épiphénomène, en 2007 apparaissaient de nouvelles formes concernant des populations jeunes particulièrement naïves face à ce produit. Vendu 15 euros le flacon de 60 mL, des usagers non dépendants aux opiacés expérimentent cette molécule comme une autre drogue. La méthadone dans ce cas est disponible par le biais d'un détournement de prescriptions partiel ou complet. Ces populations jeunes, expérimentatrices des drogues en général sont intéressées par la méthadone perçue comme une « drogue » comme les autres.

Idem pour les pratiques d'injection. 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. La complexité de la manipulation rend quasi impossible la régularité de ce type d'usage.

## **Tendances en évolution sur le site en 2008 concernant les usages détournés de la méthadone**

### **Toujours pas de trafic donc peu de disponibilité**

Sur le marché parallèle, cette molécule est peu disponible même si les observateurs remarquent de plus en plus de cas de détournement. Une hausse des prescriptions ces dernières années dans un processus de rééquilibrage des traitements de substitution à la dépendance aux opiacés au profit de la méthadone augmente potentiellement le niveau de détournement.

Pour cette actrice de la réduction des risques, « *on est dans du dépannage, mais il y quand même une forte demande* ». Loin des niveaux de diffusion de la BHD sur le marché parallèle est le premier produit recherché en cas de manque d'héroïne. À 15 euros, la fiole seulement peu importe le dosage, à peine le double d'un comprimé de Subutex®, il semble évident que la logique de trafic organisé puisse être écartée au profit de situation d'entre aides rémunérées ou de troc. Le groupe focal répressif relève un cas à la marge d'une personne ayant un stock important de flacons de méthadone.

Comme en 2007, cette année, des populations naïves plutôt issues de l'espace festif alternatif ont accès à des fioles de méthadone. Selon cette informatrice, « *c'est de moins en moins compliqué de trouver de la métha (...) j'ai l'impression qu'il y en a plus* ». Clairement dans ce cadre la méthadone est consommée pour l'expérience plus que pour pallier un manque d'héroïne. Le peu d'informations sur la hausse de la disponibilité de ce produit dans cet

espace ne nous permet pas de conclure à une tendance. Toutefois, il est indispensable de continuer à observer ce phénomène localement.

### **Alcool, Cocaïne, Héroïne et poly-consommation**

Sur le site, le nombre de patients traitant leur dépendance aux opiacés par la méthadone est 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 ces 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 et d'héroïne sont en augmentation depuis l'an passé.

Rappelons que la pharmacocinétique de cette molécule permet tout type d'association à l'inverse de la BHD qui fonctionne mal avec l'héroïne par exemple. Notons aussi que la forme galénique (sirop principalement) ne permet pas d'adopter d'autres modalités d'usage que celle prévue par l'AMM<sup>51</sup>. Consommer d'autres produits reste donc le seul moyen « pour faire la fête », « se défoncer » ou « diminuer l'anxiété » via les psychotropes.

Si la consommation d'alcool peut permettre « *la défonce* », pour l'héroïne, la situation est légèrement différente, elle permet de « *retrouver le plaisir d'antan* ». La dynamique particulière de la cocaïne lui permet jouer dans les deux camps festif ou palliatif. Cette médecin de CSST donne cet exemple, « *j'ai des patients qui consomment très occasionnellement de la cocaïne, mais en injection, parce que c'est comme ça qu'ils l'entendent même en étant sous méthadone* ».

### **La gélule au centre de fantasmes**

La mise en place de la méthadone AP-HP® gélule en avril 2008 est au centre de beaucoup de discussion et de questionnement de la part des intervenants en toxicomanie. Un protocole demandant le passage du patient par une nouvelle initialisation, le ciblage de populations spécifiques avec plusieurs années de traitement derrière eux a limité l'accès à cette nouvelle galénique. Le nombre de patients bénéficiant de la gélule est restreint à Toulouse. Chaque médecin spécialiste recense moins de cinq patients dans ce cas. Les acteurs de la réduction des risques ne repèrent aucune personne de leur file active en traitement par la gélule méthadone. Toutefois, ces acteurs de la réduction des risques au contact des usagers actifs indiquent que la méthadone gélule est perçue comme un nouveau produit à expérimenter, pas tend sur la question de l'injection comme beaucoup d'intervenants en toxicomanie le redoute, mais plus sur l'expérience corporelle et les sensations associées.

### **La situation sur le site des usages détournés de sulfates de morphine**

Les sulfates de morphine sont des molécules agonistes opioïdes purs 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 (Actiskenan®) 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.

---

<sup>51</sup> Autorisation de Mise sur le Marché

Toutefois, le médecin prescripteur doit au préalable obtenir l'accord du médecin-conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). En France, ces médicaments sont classés comme stupéfiants.

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 moins stricte, cantonne les consommations de Skenan® et de Moscontin® à la marge.

Le Skénan® en particulier est injecté et consommé parfois à doses élevées selon la disponibilité. Ces consommations sont de deux types. Soit elles se limitent à des usages exceptionnels, selon l'accessibilité dans des contextes spécifiques, soit ce sont des usages exclusifs, pour des personnes qui ont accès à ce produit par la voie thérapeutique et qui l'utilise comme MSO soit dans d'autres usages récréatifs ou de « défonce ».

Certains jeunes injecteurs de Subutex® se 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. Quand nos informateurs évoquent ces molécules, c'est souvent pour décrire des consommations de populations qui viennent d'ailleurs.

Entre TSO et drogues, la figure sociale des sulfates de morphine penche la plupart du temps du côté des drogues, voire de « la drogue parfaite ». Ce produit injectable, alliant un effet d'apaisement et de plaisir à la différence de la BHD par exemple, est très recherché par des personnes dépendantes et rejetant les MSO traditionnels avec AMM.

## **Tendances en évolution sur le site en 2008 concernant les usages détournés des sulfates de morphine**

### **Un TSO pour des patients en recherche de solutions alternatives**

Le Skénan® ne bénéficie pas de l'AMM pour le traitement des dépendances aux opiacés. Pour autant, son action sur les récepteurs opiacés est utilisée depuis longtemps par les médecins, bien avant la substitution. Pour ce médecin « *il y a des personnes avec ce type de traitement, de la même façon qu'on a vu surgir, quand le Subutex a démarré, on a vu surgir au début des traitements de substitution des patients qui prenaient du sulfate de morphine depuis des années, prescrit par leur médecin, en dehors de tout problème (...) des mecs totalement installés dans la vie, qui prenaient depuis des années un traitement de substitution par sulfate de morphine, et qui là, se disaient que ce serait quand même mieux de faire avec du Subutex. Je pense qu'il y en a encore des gens qui prennent du sulfate de morphine, comme ça, hors tout, qui d'ailleurs probablement (...) ça peut marcher, il y en a pour qui ça marche* ». Aujourd'hui, quelques « clandos » bénéficient de ce type de traitements pour leur dépendance aux opiacés. Pour cette autre médecin, « *c'est très ponctuel, on a dû en voir passer deux, je crois qu'il y en a moins de cinq en protocole, je ne sais pas s'il y a des données plus actualisées, mais j'en avais parlé avec la CPAM qui m'avait dit qu'il y en avait que quelques-uns en Haute-Garonne* ». Ce tout petit nombre de patients a connu cette molécule par le marché de rue, est passé par la substitution, via la buprénorphine et/ou la

méthadone, mais n'arrive à stabiliser leur situation que grâce au Skénan®. De ce fait, l'inclusion dans un protocole avec un médecin prescripteur et une pharmacie qui délivre officialise le traitement.

Pour ce patient dans cette situation, *« le Skénan® a été une solution (...) au début j'ai eu beaucoup de mal a diminué, mais aujourd'hui c'est le cas (...) quand je diminue, ça met une semaine, mais je ressens les picotements et tout ça quand j'injecte. Après, je ne fais pas des énormes diminutions, ce sont des diminutions de 10/20 mg, maintenant, mais au départ j'ai diminué par 100 mg, j'avais de nouveau la sensation de plaisir qui revenait, ce que tu n'as pas avec la buprénorphine apparemment »*. La question de la polyconsommation des patients en substitution est un problème important dans le maintien en traitement. Le cas de ce patient sous sulfate de morphine indique que cette alternative est une solution pour contrer ce phénomène et donc le sortir en partie du monde social des drogues. Pour ce patient, *« ça m'arrive encore aux anniversaires, à Noël, deux ou trois fois par an, d'aller acheter un petit gramme de coke, et là ça doit faire un an et demi que je n'ai rien pris d'autre, même pas un verre de bière »*.

Ce seul cas ne permet pas à des non-cliniciens d'envisager ce type de traitement comme une solution, d'autant que la question de l'injection n'est clairement pas résolue. Toutefois, il est évident que malgré l'absence d'AMM, ce type de traitement peut être une solution pour des personnes que les autres traitements laissent au bord de la route.

La question de la réhabilitation encadrée de ce type de traitement pour des patients dans situations particulières ne doit pas être posée que du côté de la molécule, mais aussi du côté de l'objectif et de la logique du traitement de substitution. En effet, si l'objectif est le sevrage, en d'autres termes la sortie de la toxicomanie très compliquée d'ailleurs que ce soit avec la BHD ou la méthadone, et la logique, l'évolution à la baisse des posologies des médicaments opiacés utilisés, on peut penser que les sulfates de morphine sont un outil thérapeutique intéressant. Trop souvent laissés de côté à cause de la peur des overdoses ou des pratiques d'injection, ils n'ont rien à envier sur ce point aux autres substitutifs des opiacés ayant une AMM. En effet, la BHD est injectée par une grande part de ses patients/usagers, et concernant les décès, ils remplissent une autre ligne statistique que celle des overdose. En effet, plus issus de dépression respiratoire ils sont mal repérés jusqu'alors mais plutôt bien décrit par le champ spécialisé.

### **Microtrafic**

Les investigations de 2008 corroborent, celles de 2007 dans le sens où le dispositif TREND Toulouse a sous-estimé depuis 2006 la présence de sulfate de morphine sur le site. Le détournement de prescription de patients traités pour des douleurs aiguës et chroniques est au centre d'un marché parallèle réduit, mais existant. S'ajoute à cela les importations de villes proches comme Montpellier, citée à plusieurs reprises par les informateurs, ou Paris.

Pour cette informatrice de l'espace urbain, *« c'est disponible selon les périodes durant l'année. On a des moments dans l'année ou on en a plus entendu parlé que d'autres. Toutefois, il n'y a pas une large diffusion de ce produit. Cela concerne toujours les mêmes usagers »*. Si on est loin du volume de détournement de la BHD ou même de la méthadone, pour cet informateur *« il est pas très difficile d'en trouver, tu vas E. et pas de problème »*. S'incluant dans l'ensemble du trafic des médicaments psychotropes, ce produit est très recherché particulièrement par les injecteurs. Un prix relativement faible<sup>52</sup> pour un produit

---

<sup>52</sup> 60 à 70 euros la plaquette, 5 à 10 euros le comprimé ou la gélule. C.f. « *Le prix des drogues* » dans ce rapport

très recherché est un autre indicateur de la réelle présence de cette molécule sur le marché parallèle.

### **Initiation de toxicomanie chez des patients traités pour la douleur**

La sous-estimation de la prévalence des personnes traités pour la douleur et dépendantes aux opiacés est évidente du fait de la structuration et des objectifs du dispositif TREND.

Deux questions sont soulevées par une part des acteurs interrogés. La première concerne l'impact des traitements de la douleur dans l'initialisation de dépendance voire de toxicomanie, la seconde concerne le traitement de la douleur pour des patients en substitution.

Des situations très complexes sont évoquées lors des investigations ethnographiques ainsi que des signalements par les dispositifs de réduction des risques ou de soins.

Des investigations spécifiques mériteraient d'être envisagées, sûrement hors du cadre de TREND, car il est évident que ce phénomène n'est pas émergent.

### **Les dérivés codéinés**

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.

Sur le site, le Néo-Codion® est utilisé par les usagers de drogues comme une alternative aux toxicomanies aux opiacés. Notons que le Dicodin® est historiquement prescrit par plusieurs médecins spécialisés en traitement de la dépendance aux opiacés pour une population très spécifique.

On évalue à une cinquantaine le nombre de personnes sous Dicodin®. Cette alternative permet à certains usagers pour qui le protocole méthadone est trop contraignant et la BHD pas adaptée de s'inscrire dans un traitement de leur dépendance. Cette molécule est une troisième possibilité dans le panel des médicaments de substitution.

### **Hausse du nombre de citations en 2008**

Les observateurs de l'espace urbain notent le « *retour du Néo-Codion®* ». En effet, depuis la mise en place des traitements de substitution aux opiacés au milieu des années 90, la consommation de Néo-Codion® avait fortement chuté. En 2008, de nombreux observateurs de l'espace urbain indiquent la présence plus importante de ce médicament. Pour le responsable d'observation urbain, « *il y a un retour du Néo-Codion® ; ça t'enlève le manque, mais quand tu passes deux ou trois jours sans héro et que tu arrives à choper des Néo-Codion®, ça va, tu peux gérer le manque* ». Les acteurs de la réduction des risques indiquent « *une hausse de la disponibilité* ». Cette évolution peut être mise en parallèle avec la hausse des consommations d'héroïne sur le site pour une part de population hors des dispositifs d'accès au soin. Pour cette usagère, « *je n'ai pas envie de m'accrocher au Sub, je préfère bouffer du Néo-Codion®, je peux aller l'acheter à la pharmacie, je ne dis rien à personne, je bouffe mes cachetons, et si je peux choper un plan, je le chope, mais après le Sub, il faut aller*

*voir le dealer, il faut aller voir un toubib, dans la salle d'attente avec le clébard, c'est pas simple et puis tu t'accroches au Sub ».* Au-delà de l'homologie entre dealer et médecin de cette usagère d'héroïne, il semble évident que le Néo-Codion® est une solution facile d'accès qui pallie sur une courte durée le manque des usagers d'héroïne. En ce sens, on peut penser comme le responsable d'observation urbain que « *si le Néocodion revient, ça veut dire qu'il y a à nouveau de l'héro* ».

Concernant le Dicodin®, l'enquête OPPIDUM de 2008<sup>53</sup> indique le détournement de cette molécule en Midi-Pyrénées. Les investigations TREND sur la même période, mais exclusivement sur Toulouse, ne font pas état du même phénomène.

## **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.

## **Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler en 2008**

---

<sup>53</sup> Résultats présentés lors de la journée du CEIP de Toulouse le 13 janvier 2009

## **Les stimulants**

---

Depuis la seconde moitié des années quatre-vingt-dix, la disponibilité des substances stimulantes ne cesse de s'élargir en France. Si l'on peut estimer aujourd'hui que l'ecstasy a atteint une phase plateau, qui en fait, dans l'espace festif une substance désormais banalisée, la cocaïne, en revanche, possède une marge de progression encore importante, tant dans l'espace urbain 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 la disponibilité répond une forte demande. Cette substance peut répondre à différentes fonctions festives, de performance via des modalités d'usage variées. Si l'ecstasy du fait de ses conséquences comportementales restreint son utilisation que dans des contextes spécifiques, la cocaïne peut être utilisée hors contexte festif. Notons aussi que les dépendances et toxicomanies associées sont assez différentes de celles des opiacés.

## **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), destinée 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 si on le met en perspective avec le cannabis ayant une prévalence quinze fois supérieure (3,9M) sur le même indicateur<sup>54</sup>.

## **Situation sur le site**

Ces dernières années, la diffusion de la cocaïne sur le site n'a cessé de croître. Tous les terrains ethnographiques effectués dans les espaces festifs électroniques, rock, commercial ou alternatif depuis 2006, repèrent la présence plus ou moins visible de ce produit. On constate

---

<sup>54</sup> Drogues, Chiffres clés Op. Cit. Notons que depuis 2005 le nombre d'usagers est à la hausse. Les études épidémiologiques à venir permettront de quantifier l'évolution de ce phénomène.

un réel ancrage de ce produit dans les usages de drogues des différents espaces d'investigations.

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.

### **L'usager de cocaïne n'a pas de caractéristiques spécifiques**

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 produits. Pour une part des usagers par exemple, 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, inconvenients majeurs quand l'usager, même dans des moments festifs, ne veut pas créer de distorsion dans ses relations aux autres.

D'autres populations insérées, étudiants, jeunes travailleurs sont des consommateurs de ce produit à la fois dans des contextes festifs, mais aussi dans d'autres moments de leur vie dans des logiques de consommations qui ne se réduisent plus à la fête.

Cette diffusion 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. Au-delà de la prévalence d'usage que le dispositif TREND a du mal à évaluer particulièrement pour les populations cachées, ce sont les caractéristiques socioculturelles et économiques hétérogènes des usagers qui marquent les investigations de ces dernières années.

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).

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 particulièrement dans les populations « cachées ».

### **Cocaïne et problèmes**

Si les dommages somatiques sont peu ou pas repérés par les acteurs du champ spécialisé toulousains, une importante littérature existe sur ce point<sup>55</sup>. Les usagers de cocaïne

---

<sup>55</sup> Escots S., Suderie G. *Usages problématiques de cocaïne/crack, quelles interventions pour quelles demandes ?*, OFDT/ORSMIP, 2009 En cours de publication.

toulousains sont potentiellement concernés autant que d'autres dans d'autres lieux. Sur le site, c'est en fouillant 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.

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. Si pour la plupart l'autorégulation suffit, pour d'autres la répétition de ces troubles fragilise le système cardiaque jusqu'à l'accident grave.

Les AVC<sup>56</sup> ne sont pas fréquents, mais sont décrits. 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 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. 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.

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 transitoire. 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.

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 liés à un surdosage.

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.

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

Un regard rétrospectif sur les évolutions des carrières des consommateurs de cocaïne permet de mieux appréhender la dynamique particulière de la cocaïne sur le long terme. 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, des dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage abusif ou chronique de cocaïne sont clairement repérés. L'autogestion des problèmes, quels qu'ils

---

<sup>56</sup> Accident Vasculaire Cérébraux

soient, est toujours privilégiée au recours vers les dispositifs de soins médicaux et sociaux. Polyconsommateurs, usagers festifs, usagers compulsifs, tous les profils sont à l'origine des demandes de soins plus ou moins formelles décrites par les dispositifs, sachant que les monoconsommateurs de cocaïne sont rarement repérés.

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 établi, une représentation d'un produit « contrôlable », les problématiques des opiacés qui cristallisent le regard des acteurs de soins sont autant d'éléments qui rendent difficiles les rencontres entre acteurs de prise en charge et usagers à problèmes.

## Tendances en évolution sur le site en 2008

### Toujours de nouvelles populations citées par les informateurs

Au-delà de la question de la prévalence<sup>57</sup>, notre intérêt se porte sur les profils des usagers de cocaïne. Si le nombre de consommateurs augmente, c'est surtout la disparité des profils de consommateurs qui interrogent les observateurs. Les investigations mettent en avant toujours de nouvelles populations. Des salariés de grandes entreprises ou des chauffeurs routiers sont cités par le groupe focal du respect et d'application de la loi. L'ethnographie repère des agents immobiliers, des ouvriers, des étudiants usagers en contexte festif, mais pas seulement. La cocaïne sort de ses cadres culturels de consommations. Jusqu'il y a peu, ces cadres restreignaient son emploi, soit à des populations usagères de drogues qui consommaient selon l'opportunité de la cocaïne, soit des populations hyper-insérées qui consommaient dans des cadres festifs ou réguliers avec pour une part des dépendances rarement à l'origine de demandes de soins.

Des populations consomment ce produit dans des contextes divers pour des fonctions très différentes. Cette pluralité des contextes et des fonctions est au centre du phénomène de diffusion. Une phénoménologie de la cocaïne spécifique la différencie aussi des autres produits lui donne des vertus fonctionnelles fortes dans la fête ou le travail sans toutefois générer de problèmes apparents. Même si la réalité est autre, cette adéquation, entre des représentations *utilitaristes* et *inoffensives*, laisse à penser que le phénomène va se poursuivre. Si on peut penser que la prévalence ne va pas exploser comme pour le cannabis, l'une étant une *drogue douce* l'autre une *drogue dure* du moins dans le sens commun, la pluralité des populations consommatrices, ayant ou non des problèmes, va encore augmenter et diffuser ce produit selon les capacités du trafic.

La compulsion, notée par tous les observateurs du soin, trouble les représentations des usagers comme celles des acteurs du soin. Les problèmes de dépendance où « *le manque physique* », stigmate traditionnel de l'usage problématique de drogue n'apparaît finalement jamais. Ce qui laisse à penser que le problème est « *gérable* », qu'il n'y a pas de risques, si ce n'est via des modalités d'usages spécifiques (injection ou base fumée). « *Sniffer de la coke* » peut s'inscrire dans de multiples moments de la vie. Son utilisation fonctionnelle en dehors de cadre récréatif est un facteur de vulnérabilité à l'usage régulier générant potentiellement des dépendances plus ou moins rapides.

---

<sup>57</sup> En épidémiologie, la prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné. Pour une affection donnée, elle est calculée en rapportant à la population totale, le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population (que le diagnostic ait été porté anciennement ou récemment). La prévalence est une proportion qui s'exprime généralement en pourcentage.

### Crack/free base

La montée des consommations de la cocaïne via la forme base semble se stabiliser. Si pendant plusieurs années les investigations mettaient en avant une hausse des repérages d'usagers de crack/free base cette année on note un nombre plus faible de signalements. Habitude des observateurs, diminution des usages (peu probable), des investigations précédentes très (trop) accès sur ce phénomène sont trois éléments à prendre en compte pour expliquer ce constat.

Toutefois, ce qui ne change pas, ce sont les représentations associées. Le crack et le free base restent pensés comme deux produits distincts particulièrement pour les usagers de free base. 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.

Devant cet état de fait, les investigations se sont portées sur la persistance de ces modes de représentations chez les usagers. Deux types d'explication en vigueur.

La *première* situe la différence au niveau du ou des produit(s) chimique(s) qui sert à fabriquer la base ou le crack. Dans le premier discours, base et crack sont deux drogues issues de la cocaïne. L'un et l'autre s'obtiennent à partir de la cocaïne. Ce qui fait la différence c'est le produit avec lequel l'usager va transformer la cocaïne pour pouvoir la fumer. Pour une usagère régulière de cocaïne par voie nasale, la base s'obtient en travaillant la cocaïne avec du bicarbonate, quant au crack, elle pense que c'est le même procédé, mais ne se souvient plus exactement du produit nécessaire pour fabriquer le crack. Pour d'autres usagers, les produits ont changé, mais la logique reste la même. Ainsi, cet informateur habitué de la cocaïne et de la base nous explique « *la base, c'est de la cocaïne avec soit tu le fais avec de l'ammoniaque, ou soit avec... je sais plus, un autre truc, donc ça, tu fais de la coke, mais on appelle ça du champagne.* » Alors que le crack « *c'est de la coke plus de l'ammoniaque, plus le truc que je te dit, c'est le mélange des trois, ils font des cailloux et ça devient orange/jaune.* ». Un autre qui a connu une expérience ponctuelle de consommation de base, indique que la base s'obtient en travaillant la coke avec de l'ammoniaque et explique concrètement le procédé de fabrication : « *tu prends une petite cuillère, tu mets la coke avec de l'ammoniaque, tu chauffes, puis ça bout, ça fait des petits cristaux, des petites boulettes, après tu prends une petite bouteille pour faire ta pipe, voilà...* ». Pour le crack, ce même informateur pense, mais sans être tout à fait sûr que c'est du bicarbonate de potassium, quant au procédé de fabrication pour le crack, il ne sait plus s'il se fabrique directement à partir de la coke ou si c'est à partir de ses « *détritus* ». En fait, cette notion de « *détritus* » associée au crack, constante dans les discours trouve son origine dans la deuxième explication.

En effet, la *seconde* explication, moins fréquente et plutôt issue de « *connaisseurs* », place la différence entre crack et base au cours même du procédé de fabrication de la cocaïne. Dans ce type de discours, crack et base ne sont pas issus exactement de la même matière comme c'était le cas précédemment. C'est lors du procédé de fabrication de la cocaïne que la différence s'établit. Le crack serait obtenu dans les premières étapes de la fabrication de la cocaïne, à partir du résidu d'un mélange de feuilles de coca et de produits chimiques. La future cocaïne serait alors ce qui a été filtré, tandis que ce qui reste dans le filtre de fabrication, donc le résidu, une matière *informe* et de *couleur brunâtre*, va être consommé en tant que crack. L'idée de déchet associée au crack vient peut-être de là ?

Face à ce « *méli-mélo* » explicatif, chacun retient ce qu'il peut entre ces deux explications, ce qui parfois peut aboutir à des propos confus : « *En vrai, c'est pareil que la base, c'est juste que, si tu veux le crack, il est fabriqué industriellement avec des déchets de coke et il est moins concentré que la base. Quand tu bases ta coke, tu fabriques ton crack en fait. Le truc*

*c'est que comme le crack, il est fabriqué avec de la merde et l'idée c'est qu'en plus, il est de moins en moins concentré puisque c'est tellement addictif.* » Bref, on ne comprend pas grand-chose, le crack c'est pareil que la base sauf que ça n'a rien à voir... La différence entre le crack et la base reste finalement assez floue et malgré les incertitudes et les confusions, une « vérité » demeure, et ce, de manière inébranlable : le crack, c'est les déchets de la cocaïne et la base, c'est de la cocaïne purifiée. Quelle que soit l'explication et son degré de clarté, on revient toujours au même schéma : crack/industriel/déchet contre base/coke/concentré. D'où l'association de la base avec le champagne qui lui transmet ses connotations de luxe et de préciosité. Ainsi, dans l'imaginaire, il y a « le vin qui tache » et le champagne, le crack pour les pauvres et la base pour les privilégiés, les « VIP » de la drogue. Et pour preuve de ce qu'ils avancent, les informateurs rappellent que les dealers ont l'habitude de baser la coke pour vérifier la qualité : *« en fonction de la pureté de la coke, ça ressort à 1 gramme, 0,9 si elle est vraiment bonne, sinon à 0,5, 0,6. En fonction de la pureté, la base, ça ressort en plus ou moins grande quantité. »* Si le fait de baser permet de déceler la proportion de coke pure par rapport aux autres produits, alors lorsque l'utilisateur base sa cocaïne, c'est pour enlever via un procédé chimique les produits toxiques rajoutés qui ont servis de coupes. Baser la coke revient à faire le travail inverse de coupe comme si l'utilisateur remontait la chaîne de distribution en neutralisant les produits toxiques rajoutés. On est vraiment dans le mythe du contrôle de sa consommation, si ancré dans les esprits.

Face à la rationalisation scientifique qui conclut à la similarité de la base et du crack, les croyances sont inébranlables. Tous les informateurs opposent des arguments en particulier celui du coût : la cocaïne, c'est une drogue qui est chère et puisqu'il en faut beaucoup pour faire de la base, ce ne serait pas du tout rentable pour un dealer de faire ce business-là, vu le prix où il vend son crack.

### **Trafic et dépendance**

Cette année, les observateurs constatent une pénurie de cocaïne sur de courtes durées. Les différentes actions des services de police, de gendarmerie et du GIR ont eu une influence sur les niveaux de disponibilité de ce produit. Cependant, le prix moyen n'a pas augmenté de manière significative, même sur ces périodes. Autrement dit, il semble que les différentes actions de ces services n'ont pas mis à mal l'ensemble de l'approvisionnement. Ce constat indique que le démantèlement de réseaux structurés ne suffit pas pour déstabiliser fortement le marché. Le micro trafic individuel via Barcelone ou Bilbao semble être au centre des arrivages de cocaïne sur Toulouse. Si comme l'indique le groupe focal répressif, le réseau pyramidal n'existe pas ou plus, il est d'autant plus difficile d'avoir une action « efficace » dans le temps. Dans des quartiers concernés par les Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS), l'intervention sociale rencontre des difficultés pour reprendre « des territoires ». La réorganisation des réseaux de trafic de drogue demande moins de temps que la construction et la réussite de projets individuels dans des lieux où les difficultés sociales sont majeures.

Il serait caricatural de cantonner le trafic de cocaïne aux « quartiers ». En effet, l'approvisionnement « *de fourmis* » comme l'indique le groupe focal répressif concerne tous les types de populations qui consomment de la cocaïne.

Il est à souligner qu'une informatrice de l'espace festif alternatif, plutôt électronique indique « *qu'il y avait des gens qui allaient en cités en acheter. Ça, c'est nouveau parce qu'avant, c'était plus un autre milieu qui allait en Espagne en ramener* ». Le mélange des genres montre à quel point les logiques d'usages se désolidarisent du vecteur culturel au centre de l'usage. La proximité associée à une impossibilité de faire la fête sans cocaïne mettent à mal des années de revendications contre-culturelles. Ces « *vieux de l'alternatif* » passent le pas et

inscrivent leur usage dans des logiques fonctionnelles de prises de produit à l'inverse des discours d'antan où les usages de drogues s'ancraient dans des logiques d'affiliation culturelle. La phénoménologie de la cocaïne est au centre de cette transformation. Cette dépendance est insidieuse car très différente des formes d'addiction connues ou pensées. Elle est générée par la prise régulière, mais non quotidienne générant des « toxicomanies perlées » caractérisées par des phases de consommation et des phases d'arrêt.

Notons que le groupe focal du respect et de l'application de la loi indique une accélération des échanges le jeudi et le vendredi soir dicit « *pour préparer les soirées du week-end* ». Les consommations s'inscrivent dans le long terme, s'articulant autour de répétitions hebdomadaires. Les phases d'arrêt laissent croire à une maîtrise des usages au sens actuel de la dépendance construit sur le modèle des opiacés. Ceci complexifie d'autant plus la prise en compte du problème par les usagers et l'émergence d'une demande de soin.

### **À noter**

Deux phénomènes soulignés par les observateurs cette année retiennent particulièrement notre attention.

Le *premier* concerne l'augmentation des intoxications par l'usage d'ammoniaque accidentel lors d'événement festif alternatif. Ce produit utilisé dans la fabrication du *free base* est souvent stocké dans des bouteilles d'eau. Il est difficile de quantifier ce phénomène, mais plusieurs enquêteurs ethnographiques ainsi que les acteurs de la réduction des risques dans l'espace festif alternatif repèrent ce type de problème au printemps 2008.

Le *second* concerne l'usage de cocaïne basée par voie nasale. En effet, la responsable de l'observation dans l'espace festif alternatif indique cette modalité d'usage non repérée jusqu'alors par le dispositif local. Concrètement, la cocaïne est *basée* puis retransformée en poudre par concassage. La volonté de consommer une cocaïne à fort dosage semble être au centre des motivations de cette modalité d'usage.

Affaires 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.

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 diminué, ce n'est pas le cas des gélules ou des poudres. Dans l'espace festif alternatif et commercial, des consommations de MDMA sous la forme « cristal » sont repérées. Vendue 60 euros le gramme, comme du « *super MDMA* », cette forme doit être écrasée préalablement pour être sniffée.

Consommée souvent par voie nasale, la modalité d'usage la plus répandue est la prise sous forme de « parachute ». Conditionnée dans du papier à cigarettes, les usagers ingèrent la MDMA en poudre comme les comprimés d'ecstasy.

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

### **Dans l'espace festif mais aussi dans l'espace urbain**

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.

Les investigations ces deux dernières années décrivent la présence irrégulière 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 automatique 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.

L'an passé nos informateurs décrivaient la présence de MDMA hollandaise sous forme liquide puis transformée en poudre par adjonction « *d'acide chlorhydrique et sulfurique* ». Il est difficile d'évaluer l'ampleur de cette importation sous forme liquide, mais ces informations sont corroborées par différentes sources. Il ne semble pas que ce soit un phénomène nouveau, mais on peut penser que la hausse de la diffusion de poudre de MDMA ces dernières années sur le site peut être expliquée en partie par cette production de poudre au niveau local.

Dans l'espace 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 errance* » 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.

### **Une dynamique d'usage spécifique**

Ce produit est moins disponible, mais paradoxalement plus accessible que d'autres stimulants comme la cocaïne. Le rapport quantité consommée/durée des effets n'est pas le même. La répétition des prises de cocaïne pour maintenir un effet coûte finalement plus cher, même si le prix au gramme est identique. L'ecstasy ou le MDMA, aux effets différents, durent plus longtemps. A disponibilité égale l'ecstasy ou du MDMA est plus accessible que la cocaïne, reste à savoir si la représentation et les effets de ce produit les mettent réellement en concurrence.

Dans l'espace festif, 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 a 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.

Si l'association de ces produits ne semble pas poser de problèmes sociaux ou sanitaires majeurs, en dehors de l'annihilation des effets, la plupart du temps 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, du fait d'effets comportementaux particuliers et longs, 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. L'initialisation des usages de cocaïne pour faire la fête à la place de la MDMA jugée trop contraignante, banalise la consommation du produit *cocaïne*. Dans ce cadre, 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.

#### **« MD », « Taz » : des images, des risques et un micro-traffic différents**

Comprimés et poudres n'ont pas la même image. La poudre de MDMA dit aussi « MD » est une « drogue » valorisante alors que le comprimé d'ecstasy est au centre d'inquiétudes concernant sa pureté. Pour une usagère de l'espace festif alternatif, « *c'est complètement dissocié [entre le MDMA et l'ecstasy], en fait, parce que le MD, c'est dans l'idée t'as un cristal, t'achètes aux grammes, t'as l'impression... tu sais ce que tu fais, quoi, t'as un rapport plus de connaisseur, le cacheton, finalement, si t'as pas un connaisseur de Médecin du Monde pour le tester, tu sais pas ce qu'il y a dedans (...) après tu peux tester ton cristal de MD sur ta feuille d'aluminium pour regarder la qualité du truc. (...) En plus dans la tête des gens, c'est vraiment la drogue commerciale, dans la tête des voyageurs. C'est pour ça que c'est assez mal vu* ». Les problèmes de pureté, les modes de distinction et les évolutions des usages ont depuis quelques années « ringardisé » l'ecstasy au profit de la poudre de MDMA.

Notons les usagers ont intégré les discours de prévention de ces dernières années, mais en détournant leurs messages. Prenons l'exemple d'un prospectus de prévention parmi d'autres, édité par la MILDT et l'INPES : à la rubrique *Ce que l'on ne sait pas*, sont signalés « *Les risques sanitaires supplémentaires liés à la composition incertaine du produit* ». Les usagers ont intégré cette phrase-type de prévention, mais en occultant le terme « supplémentaires ». Ainsi, les risques de l'ecstasy sont associés à tous les « mauvais » produits rajoutés à la molécule de base. Ils se sont appropriés le message, mais en le pliant à l'imaginaire des drogues propre au milieu alternatif. Réappropriation qui aboutit à la « vérité » suivante : ce n'est pas le produit psychoactif en lui-même qui est réellement le plus dangereux pour la santé mais bien les coupes pratiquées avec des produits souvent connus pour leur toxicité. Sachant que le dispositif local a démontré l'inverse. Les seuls cas de problèmes liés à l'usage d'ecstasy et analysés par SINTES concernent des produits fortement dosés.

A priori, le MDMA est plus recherché. « A priori » parce que beaucoup d'informateurs reconnaissent aussi que « *les taz, quand ils sont bons, c'est pas mal non plus !* ». Cependant,

le MDMA a la réputation d'être plus concentré et donc d'avoir des effets, beaucoup plus fort. « *Le MDMA, c'est juste la molécule pure, l'ecstasy, c'est la molécule de MDMA plus d'autres trucs, des amphéts, souvent.* » D'où l'impression que le MDMA, « *ça te rend super love par rapport à un taz* ». Ces représentations sont corroborées par la différence de prix entre les deux formes : de 60 jusqu'à 80 euros pour du MDMA et entre 7 et 5 euros pour un ecstasy. Dans une logique où le prix « fait » la qualité, le MDMA sera donc préféré.

Au-delà de la reformulation du risque, cette distinction se repère aussi sur la question du micro-traffic. Pour une observatrice de l'espace festif commercial, « *La poudre de MDMA (...) semble être plus souvent achetée en dehors des contextes publics à la différence de l'ecstasy* ». La question pratique est bien sur un élément central, il est plus facile d'échanger en contexte public des comprimés que de la poudre, toutefois la rareté, le prix et l'image de la poudre de MDMA conditionnent la valeur de ce produit et articulent les échanges de manière différente.

## **Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler en 2008**

### **Pipérazines**

L'OEDT<sup>58</sup> 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 de la mCPP en 2005, vendue en tant qu'ecstasy, 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. Jusqu'à présent ces substances étaient relativement faciles à se procurer auprès de fournisseurs de produits chimiques et sur Internet et n'avaient d'illicites que leur production sous forme de comprimés ou de gélules.

#### **mCPP : des arnaques plus que des usages volontaires**

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. 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.

---

<sup>58</sup> Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies <http://www.emcdda.europa.eu>

## **BZP : une nouvelle drogue**

L'apparition sur le site TREND de Toulouse de la benzylpipérazine (BZP) a été l'un des événements marquants de 2006<sup>59</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* ». Le CEIP de Toulouse dans un travail mené avec le dispositif local TREND a étudié cette molécule du côté pharmacologique<sup>60</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>61,62</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 BZP<sup>63</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>64</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>65</sup>.

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.

---

<sup>59</sup> Suderie G. 2007. Op. Cit.

<sup>60</sup> Poster présenté lors des journées de CEIP de Biarritz en novembre 2007 <http://www.graphiti-cirddmp.org/>

<sup>61</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>62</sup> Baumann M.H., Clark D., Budzynski A.G., Partilla J.S., Blough B.E., Rothman R.B., 2005, *N-substitute piperazines abused by humans mimic the molecular mechanism of 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, or "Ecstasy")*, Neuropsychopharmacology, 30 : 550-560

<sup>63</sup> Brennan K., Johnstone A., Fitzmaurice P., Lea R., Schenk R.L. , 2007, Op. Cit.

<sup>64</sup> Baumann M.H., Clark D., Budzynski A.G., Partilla J.S., Blough B.E., Rothman R.B., 2005, Op. Cit.

<sup>65</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

Fin 2007, une part importante des usagers qui ont expérimenté ce produit l'avait adopté. Les consommations restaient cantonnées à quelques réseaux d'initiés, mais l'accessibilité via Internet faisait évoluer la disponibilité.

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.

## **Tendances en évolution sur le site en 2008**

### **Quelques précisions sur la BZP**

Les investigations récentes sur cette molécule montrent que l'apparition du BZP sur le site de Toulouse est bien antérieure à 2006. Pour certains informateurs depuis le début des années 2000 ce produit est présent sur le site. La BZP a souvent été présentée comme une alternative à la prise de MDMA. Tous les informateurs ne partagent pas cet avis. Pour cet usager, « *le BZP possède un effet « érogène », il n'est pas entactogène (contrairement à la MDMA), et serait plutôt une alternative à la cocaïne. De plus, parmi les consommateurs que je connais, il n'a jamais "ringardisé" aucune drogue, et reste en dépit de sa faible toxicité (apparente mais non prouvée à ce jour) une drogue qui ne plaît pas au plus grand nombre. Son addictivité très faible et la quasi impossibilité de le consommer par inhalation ou injection ont certainement évité un phénomène de masse* ». Notons au passage que pour cet informateur, la BZP est masculin mais surtout que face à la diffusion d'une nouvelle molécule les expérimentations génèrent des discours différents. Autrement dit, cette molécule, « *même si elle ne plaît pas à tout le monde* », a un fort potentiel de diffusion. Pas de vecteur culturel spécifique, pas d'effets clairement définis mais toujours en adéquation avec les effets recherchés générant des discours contradictoires, ainsi que des risques sous-estimés, car méconnus, sont autant d'éléments propices aux processus de diffusion.

### **BZP, une molécule classée stupéfiant le 15 mai 2008**

Le classement « stupéfiant » au printemps rendant illégal l'achat a réduit l'approvisionnement par Internet même si cette voie d'approvisionnement existe toujours. Si jusque-là, la diffusion croissait, depuis cette date le manque de disponibilité a ralenti ce phénomène.

Cet été, il a été plus difficile de trouver cette molécule en free party que l'été précédent. Toutefois, ce produit est encore disponible malgré l'interdiction avec des prix toujours relativement faibles. À 40 euros le gramme, correspondant à quatre prises environ, le prix reste concurrentiel sur le marché des stimulants.

## **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-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.

L'amphétamine est très majoritairement sniffée ou ingérée<sup>66</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.

## **Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler en 2008**

### ***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.

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.

## **Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler en 2008**

---

<sup>66</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 Hallucinogènes**

---

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.

Peu d'évolutions sont à noter sur le site en matière d'usages d'hallucinogènes naturels. La découverte de consommations d'Iboga en 2007, soit en automédication, soit dans des contextes qualifiés par certains observateurs de dérives sectaires, continue à être observé sur le site et concerne particulièrement des personnes souhaitant traiter leurs dépendances aux opiacés par une méthode alternative.

Concernant les hallucinogènes synthétiques, les investigations ne font pas état d'évolution majeure concernant le LSD. L'usage de GHB qui avait fait son apparition sur le site dans l'espace festif gay durant l'année 2007, n'est pas repéré en 2008 malgré des investigations approfondies sur ce point.

Par contre, la Kétamine un produit historiquement repérée sur le site, se diffuse en dehors du cadre des initiés. Cette tendance amorcée en 2007, se confirme nettement en 2008 et constitue un des éléments les plus importants des investigations de 2008.

## **Kétamine**

### **La situation 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 stupéfiant en France.

Sur le site, 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 avait rencontré une offre plus importante, élargissant ainsi le cercle des initiés. Les observateurs ethnographiques comme les acteurs de prévention dans l'espace festif alternatif étaient unanimes sur l'augmentation de l'usage dans l'espace festif alternatif. Clubbers exceptés, les consommations en lien avec un public proche des mouvements culturels électroniques furent repérées et décrites. Certains médecins de CSST observaient en 2007 des usages récréatifs de kétamine chez ces populations jeunes en thérapeutique sur la question des opiacés ou de la cocaïne.

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 et d'affiliation 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.

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.

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.

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.

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.

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'usager, 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.

## **Tendance en évolution sur le site en 2008**

### **Disponibilité en hausse**

Le groupe focal du respect et de l'application de la loi indique « *la saisie d'un kilo de kétamine la semaine dernière par la PJ de Perpignan, (...) c'est le seul produit un peu nouveau (...) il n'y avait aucun produit de coupe, c'était pur (...) là, c'était vraiment de la poudre, très fine, légère, brillante* ». Cette saisie corrobore les observations des différents acteurs de l'espace urbain et de l'espace festif qui notent une hausse de la disponibilité de ce produit.

Constatons que la plupart des informateurs viennent à parler spontanément de ce produit, soit pour évoquer « les ravages » de ce produit, soit pour évoquer des expériences personnelles.

Deux contextes de consommations sont repérables. Le premier, « *celui de la redescence* » où « *sniffer* » une trace de kétamine permet à l'usager de réduire les effets des produits psychoactifs pris au cours de la nuit. Le second concerne la prise régulière au cours de la soirée au même titre qu'un autre produit. Dans cette dernière situation, la personne peut se faire gentiment moquer par ses amis qui eux, ont préféré consommer un stimulant ou un hallucinogène pour aller faire la fête près du sound system, contrairement à celui qui a pris de la kétamine et qui reste souvent dans le véhicule, finalement loin de la fête.

La manipulation de la dose est au centre des effets de ce produit sur son usager. Consommer de la kétamine n'est pas synonyme de défonce. Pour cette usagère, « *c'est le délire, tu vas rigoler, tu vas faire un peu n'importe quoi, tu vas tituber (...) je pense parce que tu es quand*

*même défoncé, en même temps ce n'est pas long, donc si au bout d'un moment t'en as marre d'être dans cet état, tu sais que tu n'en as pas pour la nuit, tu en as pour une demi-heure, une heure maxi si t'es sensible et si tu as pris vraiment ».* Autrement dit, la maîtrise des doses peut permettre aux consommateurs experts d'utiliser cette molécule dans tous les contextes et les motivations d'usage. La « ké » peut être utilisée pour faire la fête, pour diminuer l'angoisse ou encore pour « se défoncer ». Un prix relativement faible, une disponibilité en hausse, une affiliation culturelle de moins en moins marquée, mais assez pour intéresser les jeunes en errance en quête d'affiliation contre-culturelle sont autant d'éléments qui laissent prévoir une forte diffusion dans les années à venir dans les différents espaces.

### **Une normalisation qui se confirme dans l'espace festif alternatif**

Qu'ils en consomment ou non, les informateurs de l'espace festif alternatif sont unanimes : « *la kétamine, tout le monde en prend !* ». Les observations sur le terrain de la responsable d'observation de cet espace confirment ces témoignages avec toutefois un bémol : s'il est vrai que l'on assiste à une hausse de la consommation de kétamine dans l'espace festif alternatif, ce processus est plus ancré dans la « culture » Hardcore/Hardteck et surtout BreakBeat que dans les milieux Drum'n'bass et Transe où sa présence reste encore discrète. Cependant, dans ces milieux un effet générationnel joue sur l'image de la kétamine. Mal vue par les trentenaires, elle est considérée comme une drogue parmi d'autres chez les plus jeunes.

La kétamine est apparue dans les milieux de la free party au début des années 2000. D'abord repérée dans le réseau des voyageurs, elle s'est très vite diffusée au sein des teufers grâce entre autres, à son rapport qualité/prix jugé favorable puisque c'est un produit aux effets intenses et qui reste peu cher. Pendant longtemps, sa disponibilité suivait les aléas du marché. Ces deux dernières années cependant, on a assisté à la systématisation de sa présence dans l'espace des free party : rares sont désormais les fêtes électroniques alternatives où elle n'est pas en vente. Ces observations de terrain sont corroborées par les entretiens. Un informateur de l'espace festif alternatif remarque « *qu'il y a énormément de kéta mais en plus j'ai remarqué que c'est un truc complètement normal c'est-à-dire qu'il y a des milieux où tu peux pas faire une soirée sans qu'il y en ait.* »

Et en effet, en quelques années, il semble bien qu'on soit passé d'une pratique de consommation occasionnelle à des usages réguliers où la kétamine devient le principal produit consommé au cours de la fête. Autrement dit, là où il y avait des pratiques de consommation étaient perçues « *comme un plus, un extra parce que c'est l'occasion, parce qu'un ami en propose, etc.* », on est à présent face à des pratiques où la kétamine est *nécessairement* consommée. C'est une tendance, cela ne signifie pas que tout le monde dans une free BreakBeat prend de la kétamine mais qu'un certain nombre de teufers, non négligeable proportionnellement à l'ensemble des gens présents, consomme systématiquement ce produit lorsqu'ils vont dans une soirée.

D'ailleurs, après le *speed-ball*, voici le *Calvin Klein* qui semble venir d'Italie et qui désigne « *un trait de coke et de kétamine...* » Pour cette usagère, « *c'est un très bon mélange. (...) Par exemple, tu prends de la kéta, tu es complètement comme ça, tu vas prendre un trait de coke, t'es comme ça mais tu es actif, tu peux marcher, tu peux aller danser* ». La complémentarité des effets permet de potentialiser les effets et d'optimiser la prise.

### **Conséquences d'usage**

Pour cette informatrice, « *Il y a un côté où tu n'as plus de réflexion sur la conso. Tu te lèves le matin, tu prends ton trait et puis voilà, c'est tout, tu n'as pas réfléchi. Mais une fois que tu as*

*pris ton trait et que tu es raide, après la descente, hop, tu vas reprendre un autre trait, et en fait tu restes toujours dans un autre monde, parce que c'est ça la kéta, ça te met dans des niveaux différents de la réalité (...) Ca modifie ta perception du temps, des choses, du goût, au niveau du goût, l'aliment, ce n'est pas du tout pareil ». Loin de la problématique du manque, plus proche de la dynamique compulsive, des dépendances voire des débuts de toxicomanies sont repérées par les observateurs.*

L'augmentation des doses est aussi une préoccupation des observateurs. Pour l'une d'entre elles, « *quand on parle de dépendance, tu as un côté, tu vas prendre pour la première fois de ta vie tu vas prendre un peu, tu vas complètement ramasser, tu vas prendre la deuxième fois de ta vie, tu vas prendre un tout petit peu plus, et après, par exemple j'ai une copine, elle prenait des trucs énormes (...) le problème c'est que, disons qu'au bout d'un moment, le gros truc c'est de partir dans une espèce d'inconscience, tu ne te rends pas compte et bam! Tu t'endors, tu peux t'endormir debout, tu peux t'endormir au volant ». Autrement dit, la dynamique de l'effet dose associé à la problématique de la compulsion demande à l'utilisateur d'augmenter les doses, ce qui peut avoir pour conséquences des pertes de connaissances.*

Cet informateur pense qu'autour de lui des usagers sont devenus dépendants. « *C'est bizarre qu'ils en prennent autant tout le temps quand même, ils en prennent tout le temps. Moi je pense que c'est parce que ce n'est pas cher déjà, ils se disent que ce n'est pas de l'héro... mais bon ça prend la même forme ».*

Au-delà des dommages sanitaires, des troubles sociaux sont décrits. Pour cette autre informatrice, « *physiquement, tu vois qu'ils se désocialisent complètement. Ils font n'importe quoi, je dirais des troubles du jugement, beaucoup de bagarres, beaucoup de problèmes avec les flics qu'il n'y avait pas avant, bagarres dans la rue, moi je dirais troubles du jugement, ils ne savent plus faire la part entre le bien et le mal en ce moment, c'est n'importe quoi, c'est règlements de compte sévères, quand un mec doit des sous ou quoi, alors qu'avant on les tenait quand même, maintenant on ne les tient plus du tout (...) Parce que là, j'en ai un, il vient de partir en prison, il a pris trois mois fermes pour trois bagarres en deux mois, mais des bagarres, je t'explique... Il était à fond de kéta, qu'il ne prenait pas l'année dernière ».*

Si depuis longtemps la kétamine est repérée sur le site, l'augmentation de la disponibilité ces deux dernières années est au contraire de problèmes sanitaires et sociaux inédits pour des populations consommatrices de drogues, mais qui ont des difficultés à « gérer » un produit avec une action pharmacologique très particulière. Au départ dans un contexte festif, des usages réguliers parfois quotidiens mettent en difficulté les personnes les plus vulnérables. Souvent plus perçus par l'entourage que par les usagers les dommages en lien avec la kétamine ne donnent pas lieu à des demandes de soin même si certains dispositifs diagnostiquent des usages.

### **Kétamine et espace urbain**

Les dispositifs de réduction des risques considèrent que cette molécule est disponible. Pour cet informateur de cet espace, « *il y a 80% de mecs qui autour de moi consomment ou ont consommés de la kéta ».* Les dispositifs de soins repèrent aussi ces usages pour des populations jeunes. À la question principale des investigations du programme concernant les phénomènes émergents, cette médecin de CSST indique « *rien de bien extraordinaire, c'est surtout je dirais, des choses qui se poursuivent; peut-être je dirais la généralisation de la consommation de kétamine. Ce ne sont pas des personnes qui consomment de façon régulière, mais je trouve que ça revient beaucoup, alors qu'avant c'était ponctuel qu'on nous signale qu'il y avait cette consommation-là, et là je trouve que l'accès a l'air d'être plus facile ».* Dans

cet espace, une forte demande de jeunes en errance, en quête d'affiliation alternative<sup>67</sup> ou non a rencontré une disponibilité à la hausse. Souvent utilisé comme média d'une affiliation au monde alternatif Techno, la kétamine le produit symbole de cet espace dont on parlait beaucoup était en réalité peu utilisé. En 2008, c'est différent, nombreux sont ceux qui ont expérimenté, quelques-uns se sont « accrochés », même si à la différence des usagers de l'espace festif alternatif, la kétamine n'est pas le premier produit consommé.

Pour cette médecin de CSST, « *c'est la découverte d'un produit nouveau pour eux, on en parle beaucoup donc ils ont envie d'essayer, le côté déconnexion, les expériences de se déconnecter un peu de la réalité, de s'anesthésier, voilà ce qu'ils recherchent, des sensations fortes* ».

### **Kétamine/héroïne, des molécules différentes, mais des représentations proches ?**

Selon les informateurs, certains n'apprécient peu ou pas cette drogue et s'en méfient. Des raisons identiques sont évoquées : soit l'état plus ou moins léthargique provoqué par ce produit déplait, soit les effets sont jugés trop violents<sup>68</sup>. Mais quelque soit son expérience avec la kétamine, que l'informateur en ait pris ponctuellement ou qu'il a connu une période de consommation plus régulière, son discours l'amène très vite à comparer la kétamine à l'héroïne d'abord pour leurs effets jugés similaire : état léthargique non conciliable avec la fête et surtout pour le type de toxicomanie auquel renvoie ces deux consommations. C'est ce qu'exprime la remarque d'une teufeuse trentenaire : « *Il y a pas de dépendance au truc, pas comme l'héroïne, si, il y a une dépendance, mais le comment tu es, comment tu vis le truc, c'est la même chose* ».

Loin d'être inédite, cette homologie semble intéressante à décrire au regard de la place particulière qu'occupe l'héroïne dans l'imaginaire et les pratiques de consommations.

Aussi, le sujet de la kétamine conduit-il un teufer proche de la quarantaine à parler d'héroïne : « *Tout le monde prend de la came, tu vois, j'ai plein de potes qui prenaient du LSD, il y a plus de 10 ans de ça, tu vois les mecs, comme ça « ouais, la came, c'est de la merde ! » On faisait la chasse à la came parce qu'on savait que cette drogue en teuf, ça allait moisir la teuf, ben, ça a pas loupé ! Quand les mecs sont camés, ils ne font plus rien, t'es sous came, t'es prêt à voler ta mère, les mecs ils sont en manque.... Et après, les balances et tout, ça va vite après... et la came, c'est la merde. La kétamine, c'est la merde, parce que tu les vois amorphes et tu deviens vite accroc.* » L'héroïne apparaît en effet, comme une drogue à part, puisqu'elle renvoie à la pratique encore stigmatisée de l'injection et à son corollaire, la figure dévalorisée du toxicomane c'est-à-dire du « junkie » considéré comme un mauvais « usager » de drogue. Pour un autre informateur plus proche de la vingtaine : « *dans la prise et ce que cela implique, je trouve que dans le mode de vie, c'est un peu comme c'était la came. Quand t'es défoncé 24 sur 24 à la kéta, tu fais rien comme quand t'es sous came et finalement. Tu trouves un peu le même genre de gens qui tombent dans cette espèce d'engrenage, c'est-à-dire des gens désocialisés qui vivent dans des milieux, pas dans des marges vraiment, pas marginaux comme on l'entend avec un chien dans la rue, mais plus dans des milieux organisés, structurés, où il n'y a pas d'autres choses, de rapports avec l'extérieur, qu'organiser des fêtes. Et donc, tu passes ta journée dans le hangar à faire un peu de mécanique, à nettoyer les restes de la fête passée du week-end dernier pour préparer la suivante et à taper des traces. Et, finalement, t'as un peu l'impression d'avoir affaire à un camé. Ça n'a pas les mêmes implications, c'est pas le même manque et tout, mais... tu les*

---

<sup>67</sup> Escots S. 2005, Op. Cit.

<sup>68</sup> On retrouve ici les récits des « voyages astraux » où l'usager se voit sortir de son corps ou encore se sent aspiré par un énorme tunnel en forme de spirale, etc.

vois, c'est les mêmes. » Ainsi, lorsque la kétamine est comparée à l'héroïne, c'est dans cette optique qu'il faut l'entendre. Les deux phénotypes de toxicomanie sont rapprochés même si aucun des informateurs n'emploie ce terme exact. Autrement dit, il n'est pas question de mettre au même niveau ces deux molécules aux actions pharmacologiques très différentes, mais de traduire les représentations qui se construisent suite aux expériences directes ou indirectes des uns et des autres.

### **Une drogue pour les éléphants**

Le fait que la kétamine soit utilisée comme anesthésiant pour animaux joue un rôle dans les représentations liées à ce produit. En effet, que l'informateur soit usager ou non, l'aspect vétérinaire attaché à cette drogue revient systématiquement dans les discours. Bien que son utilisation peut concerner des animaux domestiques de taille plus ou moins réduite (chien, chat, rat, furet, etc.), seuls les cas sur les animaux de taille imposante, cheval ou éléphant en particulier, sont retenus par les teufers. Une relation se noue ainsi dans les esprits entre « kétamine » et « cheval/éléphant » nourrissant directement l'imaginaire de ce produit en associant la force de ces grands animaux aux effets du produit. Soit cet imaginaire fonctionne comme un frein : « *Un truc pour cheval/éléphant ! Ca doit être violent !* » ou bien au contraire, cela attise la curiosité : « *Un truc pour cheval/éléphant ! Houa ! Ca doit être puissant !* ».

Par ailleurs, une place privilégiée est accordée à la kétamine d'origine indienne censée être de meilleure qualité vis-à-vis de celle issue des cliniques vétérinaires, estimée comme étant « *moins puissante ou moins bien préparée* »

La chaîne suivante se noue alors : Inde-Éléphant-Meilleure kétamine. Peut-être parce que l'Inde en renvoyant à l'éléphant, animal beaucoup plus imposant qu'un cheval, induit l'idée que la kétamine d'Inde est la plus forte ? En tout cas, il est certain que l'Inde tient une place particulière dans la culture free-party, un statut qui se rapproche de celui que les hippies lui octroient en faisant de la culture indienne la principale référence de leur mode de vie et de pensée. Sans être à ce point un pays fétiche pour les teufers, l'Inde appartient toutefois à l'histoire du mouvement, rappelons seulement les fêtes transe de Goa. En outre, l'Inde fait partie des destinations classiques des teufers qu'ils soient voyageurs ou non. D'ailleurs, c'est par le biais de ces migrations entre autres que la kétamine s'est diffusée dans le milieu festif alternatif français : étant facilement accessible dans les pharmacies indiennes et d'un prix très bon marché, des fioles de kétamine ont été ramenées et le sont toujours dans les camions des voyageurs.

### ***Psilocybe, Salvia, Datura, des plantes au centre de phénomènes stables depuis plusieurs années***

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 stupéfiante en France.

On les rencontre dans tous les milieux alternatifs, pourtant leur disponibilité dans l'espace festif reste aléatoire. Pour les plus exotiques, ils sont majoritairement, achetés via Internet ou

cultivés à la maison dans des bacs de culture et parfois même, ramenés dans les valises de voyageurs.

Concernant les psylocybes, le champignon hallucinogène de nos contrées, sa disponibilité se concentre durant la période de sa cueillette qui débute aux environs de la fin du mois d'août et qui s'étale jusqu'à la fin de l'automne.

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'alcaloïdes 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.

Une notion de partage est associée à ces produits psychoactifs qui restent à part dans la cosmogonie des drogues en renvoyant aux images exotiques des chamans. Ainsi, les champignons se vendent moins fréquemment qu'ils ne s'échangent ou se consomment entre amis dans un espace festif, à la maison, ou encore en pleine nature.

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 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 en 2008**

### ***L'Iboga et tentatives thérapeutiques alternatives***

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>69</sup>.

Déjà repéré sur le site en 2005, classé stupéfiant depuis<sup>70</sup>, ce produit est toujours présent. Son utilisation à des fins thérapeutiques est décrite par plusieurs informateurs. D'autres sources

<sup>69</sup> Reynaud-Maurupt C. 2006, *Usages contemporains de plantes et champignons hallucinogènes*, OFDT

<sup>70</sup> Ce produit a été classé stupéfiant le 12 mars 2007.

émanant des services du respect et de l'application de la loi<sup>71</sup> et d'un médecin de CSST corroborent une réelle présence, même si elle concerne apparemment un groupe restreint de personnes.

L'action hallucinogène de la molécule est évidente, mais son expression est différente selon les 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.

Dans la culture Gabonaise<sup>72</sup>, l'iboga est destiné à soigner seulement dans le cadre rituel où musique, transe, communication avec les esprits font un tout qui permet selon des indicateurs d'efficacité spécifiques de résoudre les problèmes des initiés. Les observations sur le site d'utilisation occidentales, que ce soit dans une recherche d'introspection ou pour ses qualités anti-addictives, indiquent que cette substance est réduite à ses propriétés pharmacologiques, mal connues d'ailleurs. Autrement dit, le rite africain perd sa dimension thérapeutique au profit de la seule action moléculaire curative.

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.

Si l'iboga soigne tout mal, il prend un écho plus particulier 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. Dans le cadre de l'usage pour traiter une dépendance aux opiacés, l'iboga vient parfois « soigner » même si dans la plupart des cas repéré c'est la BHD que l'on veut sevrer. Cette molécule de substitution, vécue comme médicament un temps, puis comme une drogue est au centre de problématiques insolubles avec les moyens existants. L'iboga et en creux le rite associé sont considérés comme une solution alternative quand la médecine traditionnelle n'apporte plus de solution.

Notons que dans le cadre du rituel des associations proposent contre rémunération, soit des séminaires, soit des conseils d'utilisation. 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. Des populations en difficulté avec leur substitution, parfois en situation de précarité, peuvent trouver ces propositions attractives. En effet, 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.

---

<sup>71</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 la priorité dans leurs investigations.

<sup>72</sup> L'Iboga est aussi présent au Cameroun lors du rite de retournement des corps des défunts

Notons enfin 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. Cet aspect circonscrit l'utilisation de cette molécule à des contextes précis par des populations particulières et dans des motivations d'usages spécifiques.

## **Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler en 2008**

### ***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.

Dans l'espace urbain, les usages restent de l'ordre de l'opportunité parmi les « jeunes en errance » ou les « héroïnomanes substitués »<sup>73</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, les observations menées dans l'espace festif alternatif des dernières années mettent en évidence une disponibilité plus forte dans cet espace.

Les investigations de 2006 et 2007 plaçaient ce produit à la première place des hallucinogènes synthétiques consommé devant la kétamine, la quasi-totalité des rapports ethnographiques d'événements festifs repère la présence de LSD. Si le milieu transe est le plus cité, les milieux hardcore, drum'n'bass et dans une moindre mesure les clubbers 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.

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 en 2006 et à laquelle on promettait un grand avenir n'a pas fait la percée prévue. C'est la forme goutte qui reste la première forme d'usage, soit sur la langue, dans une

---

<sup>73</sup> Sudérie G., 2006, Op. Cit.

boisson ou plus rarement dans l'œil. Le support buvard en voie de disparition est toujours repéré par les observateurs.

### **Des gouttes et des étoiles de mescaline**

Durant l'été 2008, selon les informateurs des espaces festifs, beaucoup de LSD sous forme liquide (goutte) a circulé tant dans les fêtes semi-privées que dans les soirées diffusées par bouche à oreille.

Des petites étoiles rouges circulent dès le printemps. Après analyse, elles contiennent du LSD et non pas de la mescaline. Décrites comme des gélatines rouges en forme d'étoile, censées être composée à 50 pour cent de LSD et 50 pour cent de mescaline, leurs effets étaient décrits comme beaucoup plus forts comparés à du LSD « classique » et surtout la redescende, plus difficile à gérer. Le mythe de la mescaline a encore été utilisé comme produit marketing pour vendre du LSD un peu plus cher qu'à l'accoutumé. Ces étoiles ont ponctuellement réapparu dans des soirées de notre région durant toute l'année.

### **GHB, présent ou pas ?**

#### **Repéré en 2007....**

L'étude<sup>74</sup> 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.

L'an passé un informateur confirme que la disponibilité de ce produit était en forte hausse. Peu présent jusqu'alors, cette situation évoluait en 2007. Malgré la mauvaise image de la substance, un début de diffusion en club et dans les lieux de consommation sexuelle était observé. Proposé parfois gratuitement, beaucoup s'étonnent de l'engouement pour ce produit. Toutefois, toujours en 2007, les services des urgences signalaient un cas de *G Hole* (coma) survenu dans un sauna toulousain.

#### **... disparu en 2008 sur le site mais consommé par des toulousains**

Seuls quelques informateurs gais (pas la majorité) ont des échos de consommations à Toulouse mais exclusivement en contexte sexuel privé. Donc toujours pas de visibilité de ce produit en contextes festifs, sinon de manière très ponctuelle et marginale<sup>75</sup> ; les effets étant dans ce cas très négativement perçus.

En revanche, un acteur de prévention a recueilli le récit de 3 exploitants (2 saunas et 1 bar) au cours des quatre derniers mois, décrivant ce qui ressemble fort à des *G holes*. Les exploitants ont tenté dans un premier temps de réanimer les clients qui se réveillaient par intermittence et ont fini par faire appel au SAMU. Visiblement, s'ils supposaient que l'état de leurs clients

<sup>74</sup> Fournier S., Escots S., *Usages de drogues dans l'espace festif gay*. OFDT, En cours de publication

<sup>75</sup> Un informateur indique avoir été témoin d'usage de GHB dans un établissement toulousain gay

était associé à la prise de psychoactifs, aucun des trois n'a pensé spécifiquement à la prise de GHB/GBL. Dans un cas, le client est revenu ultérieurement, précisant qu'il n'avait pas consommé ce produit, mais qu'il avait pris du poppers. Le chargé de prévention n'exclut pas qu'il soit dans une posture de déni : « *Je n'ai jamais vu du poppers faire autant d'effet* ». Le client régulier du lieu n'a en effet pas intérêt à admettre si c'est le cas la prise de GHB/GBL, compte tenu de l'embarras exprimé par le gérant face à l'intervention du SAMU et l'attroupement qui s'en est suivi. Ce genre de lieu cultive généralement la discrétion.

Comment interpréter cette information ? De notre point de vue, ces incidents sont significatifs d'une consommation non stabilisée c'est-à-dire des essais de gens ne connaissant pas nécessairement les précautions à prendre. Des essais dans un contexte où le produit est parfois proposé par des tiers sans précisions préliminaires et peut-être sur-dosé. En outre, le fait que dans les deux premiers cas signalés, l'usage ait eu lieu dans un sauna renforce l'idée d'une relative absence de visibilité du produit en contexte festif. Notre informateur évoque d'ailleurs le cas d'un ami consommateur depuis un an, exclusivement en contexte festif. Malgré une augmentation significative de sa consommation, « *Il voit pas l'intérêt d'en prendre à Toulouse parce qu'il y a pas le contexte qui va avec. (...) Il disait moi il me faut l'univers, l'environnement qui va avec et il y a qu'à Paris et à Barcelone que je le trouve.* »

Compte tenu de la fréquence des séjours festifs à Barcelone parmi les gays usagers de psychotropes, on peut supposer que la consommation de GBL en contexte festif peut être aisément initiée dans ce contexte. Pour autant, Toulouse n'offre effectivement pas en 2008 de vecteur propice à la consommation en contexte public, c'est-à-dire des soirées « branchées », fermées au public hétérosexuel, autorisant une certaine visibilité de la sexualité.

## **Poppers**

Les poppers sont des vasodilatateurs initialement utilisés en médecine pour le soin de certaines maladies cardiaques, qui se présentent généralement sous la forme d'un liquide très volatil contenu dans une fiole de 10 à 15 ml. Les poppers appartiennent aux nitrites d'alkyles aliphatiques ou cycliques et se présentent surtout sous forme de nitrites d'amyle et de nitrites de butyle, voire parfois nitrites de propyle. L'usage récréatif consiste à renifler - sniffer - directement les vapeurs narine après narine au-dessus de la fiole.

Auparavant commercialisées à usage médical pour certaines affections cardiaques, les ampoules contenant ces substances produisaient à l'ouverture un bruit pop qui a donné le nom au produit. On a très vite compris que les effets secondaires, principalement l'euphorie, la sensation orgasmique et la dilatation des muscles pouvaient avoir une application lors de l'activité sexuelle.

Rarement évoqué dans les investigations du dispositif local, ce produit est documenté par l'ethnographie cette année suite au suivi de réseaux de consommateurs de ce type de produit.

Consommé en contexte public par des jeunes découvrant la fête aussi bien que des cinquantenaires hardeurs avant la backroom. D'après nos observations, l'interdiction<sup>76</sup> ne semble pas avoir eu pour l'heure d'effets très visibles sur la prise en contexte festif qui continue à se faire sans restriction ou vigilance particulière. Une informatrice dit toutefois avoir constaté une moindre visibilité de ce produit depuis le début de l'année.

Chez les gays, une partie de ceux qui se procuraient autrefois le *Jungle Juice* via Internet continuent à le faire. Une autre partie hésite à présent à laisser son adresse personnelle sur les sites de vente en ligne. S'ils pouvaient autrefois prétendre ignorer le statut illicite du *Jungle*

---

<sup>76</sup> Décret n°2007-1636 du 22 novembre 2007 a interdit la vente de tous les produits contenant des nitrites

*Juice* en France, ce recours n'est plus possible. De plus, des rumeurs à propos de colis qui ne seraient pas arrivés circulent. Ceux qui passaient commande à des tiers constatent une raréfaction du produit, une multiplication des intermédiaires et une augmentation des prix. De 12 euros le flacon en 2007, les prix ont en moyenne augmenté à 20 Euros en 2008.

Toujours présent en contexte festif public gay, ni plus, ni moins qu'auparavant et sans visiblement chercher à cacher la consommation, il est d'autant repérable dans le contexte des saunas. Le gérant d'un sex-shop continue à en proposer à la vente dans des fioles sans étiquette « sous le manteau ».

Un acteur de prévention en contextes gais suppose que l'accès est devenu plus difficile pour une minorité de consommateurs dans les saunas. Il s'agit typiquement des hommes mariés qui en achetaient sur place et qui auront sans doute des difficultés à le faire livrer à la maison, d'autant qu'ils ne sont pas insérés dans un réseau de sociabilité gaie.

Il précise en outre que l'interdiction n'est pas encore connue par tous puisque certains clients en demandent encore à l'accueil des saunas.

## **Les médicaments détournés de leurs usages thérapeutiques (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 difficiles de faire la part de la recherche de défonce ou du soulagement d'un symptôme.

## La situation sur le site

**Le flunitrazépam (Rohypnol®)** appartient à la famille des benzodiazépines. Il est prescrit dans le cadre des traitements contre l'insomnie ou les convulsions. À 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 (Rivotril®)** est une benzodiazépine 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 voyait déjà que les consommations de cette molécule se stabilisaient.

## Les autres benzodiazépines

Les diffusions croisées de clonazépam et flunitrazépam ne signifient pas que d'autres benzodiazépines ne sont pas détournées par les usagers de drogues. L'Alprazolam (Xanax®), bromazépam (Lexomil®), le clonazépate (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 repérés sur le site depuis 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 2008**

### **Populations toxicomanes**

Les populations en situation de précarité, voire de grande précarité de l'espace urbain sont les premières concernées par les usages détournés de benzodiazépines. Historiquement, le flunitrazépam (Rohypnol®) puis le clonazépam (Rivotril®) ont été les deux molécules les plus détournées par les usagers de drogues. Très prescrits dans cette population pour des effets thérapeutiques intéressants, les dommages en lien avec leur détournement ont fait évoluer l'ensemble des prescriptions. Si le flunitrazépam a quasiment disparu sur le site, le clonazépam est encore repéré. Moins disponible qu'auparavant, ce dernier reste régulièrement cité dans les CAARUD lors des discussions entre usagers, éducateurs et infirmières.

Les benzodiazépines, peu importe leur forme, sont perçues de la même manière que le Subutex®, indispensable. Une forme de normalité s'est installée dans les usages. Pour cette infirmière de CAARUD, « *il n'y a pas de différence. C'est normal de prendre une plaquette de Rivotril® comme c'est normal de s'injecter du Subutex®* ». Inscrits dans les pratiques, au même titre qu'une substitution plus ou moins équilibrée, ces médicaments en association avec l'alcool sont les leviers pour diminuer l'angoisse et/ou augmenter la sensation de « défonce ».

Le niveau de détournements est conditionné en grande partie par les prescriptions. Un marché parallèle existe assez similaire à celui concernant le Subutex®<sup>77</sup> mais dans des volumes plus restreints. Concernant les prescriptions, en 2008, on note une évolution. Pour cet addictologue, « *ça change, tu m'aurais posé la question, il y a un an, je t'aurais dit le Rivotril®, maintenant c'est le Valium®, et puis dans un an ce sera autre chose. Le Lexomil® aussi, il y a toujours eu le fameux Lexomil® à Toulouse quand même, mais le Valium c'est pas mal. Le Valium, c'est aussi un médicament que l'on prescrit nous dans les sevrages opiacés* ». À chaque évolution des prescriptions, de nouvelles formes de détournements apparaissent selon les spécificités pharmacologiques des molécules. Qu'en sera-t-il demain ? Affaire à suivre.

---

<sup>77</sup> C.f. « MSO » dans ce rapport

### **Autres populations**

Les médecins de CSST de manière générale évoquent dans les entretiens le cas de populations insérées, plutôt des femmes, qui viennent consulter pour des problèmes de dépendance aux benzodiazépines. Loin de la figure du toxicomane ou même de l'utilisateur de drogue, ces personnes sont dans des demandes suite à des usages répétés de Lexomil® ou de Tranxène® sur de longues périodes.

Ce phénomène n'est certes pas nouveau, mais le nombre de citations par les médecins de CSST cette année de ce type de cas mérite que ce phénomène soit signalé.

## **Conclusion des investigations 2008**

## **Pas de phénomène émergent...**

L'objectif principal de ce programme est d'observer les phénomènes émergents. En d'autres termes, anticiper les phénomènes que les autres dispositifs d'observation en population générale ou dans des populations plus ciblées n'observent pas ou seulement en année n+1 ou n+2 via les rapports d'activité des CAARUD ou des CSST<sup>78</sup>.

Cette année encore le dispositif local a identifié des tendances à suivre justifiant sa place dans les outils de l'observation sans toutefois mettre en évidence de phénomène émergent à proprement dit.

Ceci dit, il faut tenter de comprendre pourquoi. Il semble que quatre éléments soient au centre des évolutions tendanciennes reléguant l'émergence de phénomènes émergents à plus tard :

- Le renouvellement de génération de l'espace festif alternatif amorcé en 2005 est stabilisé. Les évolutions concernant la montée des usages d'héroïne, la disparition progressive du vecteur culturel « Techno » ainsi que la diminution du nombre d'acteurs de cet espace tendent à une stabilisation des pratiques.
- Une stabilité des usages selon les contextes et les fonctions semble s'opérer dans les deux espaces d'investigation :
  - Alcool, Subutex®<sup>79</sup>, Benzodiazépines pour les « précaires » et « grand précaires »
  - Alcool + Héroïne et/ou Cocaïne + MSO<sup>80</sup> pour les « insérés » (en contexte festif ou non)
  - Alcool + Cocaïne et/ou MDMA/ecstasy + éventuellement héroïne et MSO pour les contextes festifs toutes populations confondues
- À la différence de 2007 avec la BZP, on ne repère pas de nouveau produit ayant un potentiel de diffusion.
- De la même manière, on n'observe aucun vecteur culturel initiant de nouvelles formes d'usages comme la « Techno » du début des années 2000.

## **...mais des évolutions de tendances**

Les observations en 2008 mettent en évidence différents phénomènes à prendre en compte dans les années à venir, mais aussi dès aujourd'hui pour mettre en place une action publique coordonnée :

- L'absence de demande de soin pour des usagers de cocaïne non concernés par la problématique opiacés pour des troubles somatiques et/ou de dépendances. En effet, la difficulté de construire une demande sans réponse clairement déterminée par les dispositifs, ainsi qu'un phénotype de dépendance très différent de ceux connus jusqu'alors, avec des périodes d'usages compulsifs et des périodes d'arrêt, mettent en difficulté les dispositifs pour faire émerger des demandes et créer du lien sur le moyen terme avec ces usagers à problèmes.
- L'héroïne est de « retour », mais pas là où on l'attendait. En effet, une hausse de la disponibilité de cette molécule sur un marché des drogues modifié par les MSO, positionne les usages d'héroïne du côté de jeunes populations ignorant plus ou moins les risques. Le rejet des pratiques d'injection est un facteur de protection pour ces

---

<sup>78</sup> Centre de Soins Spécialisé en Toxicomanies

<sup>79</sup> Médicaments de Substitution aux Opiacés

<sup>80</sup> Médicaments de Substitution aux Opiacés détournés de leur usages (Buprénorphine Haut Dosage et Méthadone, médicaments avec AMM mais aussi Morphiniques et Codéinés en dehors de leur usage)

populations face à l'accélération des usages et la perte de contrôle, mais aussi face aux problèmes des maladies infectieuses. Toutefois, il peut être aussi un facteur de vulnérabilité, car en rejetant la figure classique du toxicomane, ces populations se mettent en situation de déni du potentiel addictogène de cette molécule, ignorant les débuts de dépendance et de toxicomanie.

- La kétamine a un potentiel de diffusion important. Sortant du cercle des initiés qui consommaient cette molécule depuis les années 2000, elle peut être utilisée selon la dose dans différents contextes et pour différentes fonctions. Un prix relativement bas, une forme poudre permettant le « sniff » comme l'injection, cette molécule a tous les atouts pour être la molécule des années à venir.

## Alcool et Cannabis

Si le dispositif TREND n'a pas pour vocation première d'étudier les consommations **d'alcool** à proprement parlé, l'ensemble des investigations entre 2004 et 2008 fait état d'une montée en charge des usages d'alcool chez les usagers de drogues, peu importe les espaces ou les milieux. 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. En 2008, comme 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. La question de l'usage abusif ponctuel ou « binge drinking » décrit par les enquêtes épidémiologiques et les observations empiriques reste encore à décrire qualitativement de manière approfondie. Les services des urgences notent une augmentation des prises en charge de jeunes avec des alcoolémies positives<sup>81</sup>.

Concernant le **cannabis**, un phénomène nouveau est la stabilisation d'une double disponibilité. En effet sur le site comme ailleurs, les modalités d'approvisionnement de cannabis sont très éclectiques. Entre autoculture, réseaux traditionnels, trafic de « fourmis » individuel, des produits très différents, aux qualités très différentes sont vendus à des prix pouvant aller du simple au double. Autrement dit, des produits de « qualité » sont très recherchés, mais peu accessibles pour l'usager lambda alors qu'une large diffusion de produit de médiocre qualité rend disponible un produit finalement très différent du premier cité. Ce double marché n'est pas nouveau, mais les écarts de qualité, de disponibilité et de prix s'amplifient pour créer deux marchés. Notons que les populations repérées pour des usages problématiques restent les mêmes : des jeunes consommateurs avec des problèmes familiaux, sociaux et psychologiques, mais aussi des usagers plus anciens avec des difficultés à arrêter.

## À suivre

Le début de l'année 2009 semble indiquer un nouveau phénomène concernant le GBL/GHB. Pour en savoir plus n'hésitez pas à consulter la note de l'OFDT à ce sujet <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/pointsur.html>.

---

<sup>81</sup> Données statistiques des urgences. A paraître.