



Phénomènes émergents liés aux drogues

Tendances récentes sur les usages de drogues à Toulouse en 2010

Tendances récentes et nouvelles drogues



Guillaume Suderie

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2010 sur le site de Toulouse

Pré-rapport du site Toulouse
Tendances Récentes et Nouvelles Drogues (TREND)

◆ Juillet 2011 ◆

Phénomènes émergents liés aux drogues en 2010 sur le site de Toulouse

Tendances Récentes et Nouvelles Drogues (TREND)

Guillaume Sudérie

Juillet 2011

Pré-Rapport du site de Toulouse 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

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

Contribution au projet

Coordonnateur du Site

Guillaume Sudérie

Rédaction du rapport

Guillaume Sudérie

Pôle TREND Toulouse, *Graphiti*-CIRDD Midi-Pyrénées

Natacha Baboulène, Céline Leven, Fabien Sarniguet, Édith Saurat, Elsa Raczymow, Serge Escots, Lisa Boudet Valette, Stéphane Forget.

Participation au Rapport

Mme Dominique Coquizart (Substitut du Procureur), M. François Lopez (SRPJ), 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), Mme Hamida Ghazi (PRA 31), Docteur Agnès Lafforgue (PRA 31), l'équipe du CSAPA AAT, Docteur Daniel Garipuy (Hôpital Joseph Ducuing, PRA 31), l'équipe du CSAPA de l'association Clémence Isaure, l'équipe du CSAPA Arpade

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

M. Étienne Normand, 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, Sayon Dembélé, Emmanuel Lahaie, Valérie Mougnot 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

INTRODUCTION ET METHODOLOGIE.....	6
LES ESPACES ET LES USAGERS.....	8
L'espace urbain : évolutions 2010	9
Populations dont la priorité est la demande sociale	9
Populations précaires présentant des cooccurrences psychiatriques.....	10
Migrants pauvres sans accès aux droits communs	10
Populations éloignées géographiquement des dispositifs de prise en charge	11
Les espaces festifs : évolutions 2010	13
Recentrage de la fête alternative dans de nouveaux espaces.....	13
L'usage festif face à la toxicomanie.....	13
Marché des drogues et organisation des trafics évolution 2010.....	15
L'héroïne est en regain de forme.....	15
Des quartiers au centre-ville.....	16
Le prix des drogues en 2010.....	17
LES PHENOMENES EMERGENTS	18
Des pratiques de consommation de « crack » qui sortent du cadre des initiés.....	19
L'initialisation des demandes d'entrée dans les protocoles de TSO par la méthadone de rue.....	21
Trafic de médicaments psychotropes non-opiacés	22
LES PHENOMENES MARQUANTS	23
Héroïne : Le vrai « retour »	24
L'épidémie sourde d'héroïne annoncée se confirme.....	24
Les patients/usagers d'héroïne	24
Les usagers d'héroïne en difficulté avec les dispositifs de soin.....	25
Une héroïne peu concentrée ?	26
Des décès toujours mal repérés et peu documentés	26
Méthamphétamines, au-delà du mythe	27
Trois situations, deux collectes	27
Un phénomène à suivre	29
Nouvelle structuration de l'usage des stimulants de synthèse malgré le retour de la MDMA	30
Méphédronne, molécule classée, molécule visible... ..	31
LES PHENOMENES STABLES	32
Cannabis.....	33
BHD et Subutex®	34
Cocaïne (hors crack)	35

LSD	36
Kétamine	36
Khat	37
Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler en 2010 concernant les produits suivants	37

Introduction et méthodologie

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 locales¹ 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'a pas pour objectif de les quantifier précisément.

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. 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 ou non (addictologie, urgences et médecine générale de réseaux) et de groupes focaux dans deux CSST réunissant différents intervenants en toxicomanie (médecins, éducateurs spécialisés, psychologues, assistants sociaux).
- 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 veut décrire exclusivement les évolutions et les phénomènes marquants observés sur le site de Toulouse concernant les usages de drogues, les conséquences sociales et sanitaires associées et les phénomènes de trafic induits.

¹ Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Toulouse, Paris, Rennes

Les Espaces et les Usagers

Il n'est pas question ici de décrire toutes les populations qui traversent les espaces d'observation. L'objet de ce chapitre est de mettre en avant les phénomènes contextuels qui ont marqué les observateurs.

Il est retenu ici soit des phénomènes nouveaux, soit des modifications de contexte qui engendrent des évolutions en termes de consommations, de modalités d'usage, de trafics et/ou de conséquences socio sanitaires.

L'espace urbain : évolutions 2010

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 dominantes². Le rapport local TREND 2008³ faisait état de différentes populations qui traversent cet espace : les populations précaires, insérées et hyper insérées.

Dès le début des investigations TREND, les rencontres des acteurs du soin spécialisé et de la réduction des risques ont permis d'identifier différentes populations traversant cet espace d'observation.

L'apparition de différents phénomènes et notamment l'apparition d'usage et de revente de Crack sur le site a incité les observateurs à élargir les bornes de cet espace d'observation.

Les observations 2010 ont permis de définir plusieurs catégories de populations parmi les **usagers de drogues actifs, sans demande de prise en charge**, qui utilisent le trafic de MSO de rue ou l'errance médicale pour pallier leurs problèmes avec les drogues.

Ainsi, deux axes sont déterminants pour comprendre les caractéristiques de **ces populations se déclarant dans l'autorégulation des problèmes en lien avec leurs usages**.

Populations dont la priorité est la demande sociale

Jeunes ou plus âgées, ces populations n'ont parfois aucun accès aux dispositifs de prise en charge du droit commun, et s'inscrivent parfois dans un lien fragile avec les dispositifs spécialisés ou la médecine générale. Souvent, elles utilisent les MSO dans de multiples fonctions.

La précarité ou la grande précarité, même pour des jeunes gens, surdétermine ici la problématique de toxicomanie.

Pour les plus jeunes, les observateurs interrogés indiquent comme les travaux d'Escots⁴ que « *si certains usagers ne parviennent pas à éviter de sévères conséquences à leurs consommations et se trouvent contraints de recourir aux structures spécialisées, d'autres « se débrouillent », seuls, ou avec des ressources amicales ou familiales et parfois avec l'aide d'un médecin généraliste (...) Parmi ces stratégies, il est nécessaire de distinguer entre celles qui visent à régler, souvent dans l'urgence, un problème ponctuel lié à des circonstances particulières, de celles plus ambitieuses qui ont pour objectif de modifier les comportements de consommations* ». À ce stade, les acteurs non spécialisés constatent un **vide réel en termes de ressources** pour ces personnes « ballottées » entre deux solutions, l'utilisation de la BHD qu'elles consomment en tant que

² Sarradet A., Gandilhon M., Toufik A., *Tendances Récentes : Rapport TREND*. Paris : OFDT, 2000

³ Suderie G et coll., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2008 sur le site de Toulouse, Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées/OFDT, Juin 2009

⁴ Escots S., Michels D. et Suderie G., Étude exploratoire sur les 15-25 ans consommateurs de substances psychoactives sans résidence stable, visibles au centre ville à Toulouse, IAC/Les Anthropologues Appliqués, 2010, à paraître

drogue via le marché de rue et les programmes méthadone actuels qu'elles perçoivent comme très contraignants.

Pour les populations plus âgées, inscrites dans des usages de psychotropes depuis de longues années, il semble qu'une stabilisation des consommations s'établisse sans toutefois que l'utilisation des MSO ne s'inscrive dans une logique de substitution. Le problème alors est la chronicisation de ces usages, d'autant plus si la voie veineuse est utilisée.

En l'état, les acteurs indiquent que seule la médecine générale peut accueillir ces profils. Toutefois, les TSO sont pour beaucoup mis en difficulté du fait de l'expérience de la BHD à la rue. Il est vrai qu'il est complexe de « soigner » avec une molécule vécue jusqu'alors comme une « drogue ». Une des particularités toulousaines est la forte diffusion de Subutex® de rue au sein de ces populations. De ce fait, les logiques des consommations de ce MSO sont pour ces populations plus en lien avec les usages de drogues qu'avec le soin thérapeutique. Certains acteurs indiquent **un cercle d'orientation sans fin**. Les toxicomanes les plus précaires n'ont pas d'autres solutions pharmacothérapeutiques que la BHD qui a perdu pour beaucoup son statut de médicament.

Populations précaires présentant des cooccurrences psychiatriques

Les acteurs décrivent des personnes où la polytoxicomanie s'ajoute à des problèmes psychiques ou psychiatriques importants. Ces descriptions s'inscrivent dans les descriptions déjà connues des cooccurrences chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un trouble psychiatrique. Consommant majoritairement des opiacés pour calmer l'angoisse, les drogues viennent s'ajouter à une pathologie complexe.

Les usagers précaires à forte morbidité psychiatrique sont décrits à plusieurs reprises par les observateurs des CAARUD, mais aussi par les acteurs des dispositifs humanitaires et de première ligne.

Ces usagers en situation de grande précarité expriment des troubles parfois aigus dans les lieux qui les reçoivent ce qui met à mal toute tentative de prise en charge ou toute continuité de suivi.

Ils s'inscrivent difficilement tant dans les structures psychiatriques que dans les CSAPA. L'étiquette « toxicomane » est aussi dure à porter pour ces personnes que celle de « malade mental ».

Une triple prise en charge du trouble psychiatrique, de la dépendance aux drogues, mais aussi de la question sociale devrait être développée. Pour les acteurs interrogés, ces personnes sont renvoyées d'un service à l'autre sans traitement adéquat avec une réelle difficulté du maintien du lien.

En d'autres termes, pour les informateurs, aucune offre de soins intermédiaires se situant à l'interface de la réduction des risques à l'usage de drogues et la psychiatrie n'est disponible localement.

Migrants pauvres sans accès aux droits communs

Les populations les plus visibles dans l'espace public sont les migrants de l'Est de l'Europe. Au centre de nombreux discours, ils sont l'arbre qui cache la forêt. La mobilité Est-Ouest n'est pas la seule décrite par les acteurs de terrain. D'autant que concernant les problèmes de drogues, les acteurs de la santé humanitaire ne repèrent pas de besoins particuliers en la matière pour ces populations roms ou bulgares.

Toutefois, des migrants de toute origine n'ayant pas accès au droit commun saisissent les dispositifs de première ligne de santé. À la recherche d'un emploi, accueillies par des cadres

amicaux ou familiaux plus ou moins solides, ces populations n'ont pas accès aux dispositifs de droit commun.

Selon les acteurs, la problématique « alcool » est la face visible d'une polyconsommation plus large et, pour certains, problématique. Les CAARUD ne sont pas privilégiés par ces populations, car trop marqués par le stigmate de la toxicomanie.

La question des psychotropes est repérée par les professionnels qui les reçoivent la plupart du temps sur d'autres questions de santé ou d'insertion sociale. Sans papier ou sans accès au droit, l'orientation pour la prise en charge des addictions est complexe, autant via leur statut administratif, que du fait d'une minimisation de leurs problématiques addictives.

Populations éloignées géographiquement des dispositifs de prise en charge

Les acteurs des CAARUD repèrent des évolutions dans les modalités d'utilisations de leurs services. « *On a plus de personnes itinérantes en 2010, des gens qui habitent plus loin, quelques personnes qui habitaient sur Toulouse et qui sont parties dans la périphérie toulousaine, voire dans la ruralité* » indique un professionnel d'un CAARUD communautaire.

Ces migrations sont autant dues à des fermetures de squat qu'à des départs volontaires de personnes voulant sortir du quotidien urbain. La différence de prix de l'immobilier entre Toulouse, sa périphérie et des zones plus rurales, bien desservies par les Trains Express Régionaux ou les autoroutes est à l'origine de ces changements de lieux de vie. « *C'est moins cher de se loger à Saint-Gaudens pour une qualité de vie meilleure* » rappelle une professionnelle. Ce phénomène apparaît clairement chez les populations précaires de l'emploi, mais pas de l'habitat. Le constat des professionnels de la réduction des risques est que les personnes viennent moins souvent, mais prennent plus de matériels de RdR. Sur ce point, ce sont alors les pharmacies qui sont les premiers accès. Toutefois, ce n'est pas si simple, des usagers indiquent que parfois cela pose des problèmes : « *Quand la pharmacie « friendly » est fermée, on se trouve en rade* » « *Si ma pharmacie est fermée, il faut que je me déplace à Toulouse soit au PES, soit à l'automate* ».

Toutefois, la plupart du temps, les personnes ne viennent pas à Toulouse pour chercher du matériel. Toutefois, lorsqu'elles sont à Toulouse elles en profitent pour passer à CAARUD. On peut penser que soit l'accès aux matériels stériles n'est pas si compliqué, soit la réutilisation est monnaie courante. Le parcours décrit par plusieurs d'injecteurs de Subutex® est : « *visite chez le médecin et passage au CAARUD pour matériel d'injection* ».

Pour les personnes en plus grande difficulté sociale, le constat des acteurs est le même, mais pour autant l'explication apparaît plus complexe. Le projet de l'éloignement est plus contraint que programmé.

Les observateurs interrogés indiquent une migration de populations précaires vers la périphérie urbaine du fait de la « *disparition* » de squats de grande taille dans le centre-ville.

En effet, les acteurs des dispositifs humanitaires indiquent la disparition progressive depuis quelques années de squats pouvant accueillir des groupes de plus de 10 personnes. Un petit noyau dur de 2 ou 3 personnes structure les lieux, les autres membres n'étant que de passage pour des moments plus ou moins longs.

Cette raréfaction des lieux de vie auto-organisés repérée depuis 2007 est à mettre en parallèle avec cette migration de populations précaires en zone périphérique.

Les acteurs hors du champ des toxicomanies interrogés sur le sujet confirment ce phénomène éloignant alors des usagers de drogues des dispositifs spécialisés.

Colomiers, Auterive, Ramonville sont des communes dans lesquelles des squats ou des campements sont repérés. Constitués souvent de personnes aux caractéristiques proches de celles

décrites pour les jeunes en situation d'errance, ces groupes se sédentarisent loin des lieux qu'ils pourraient solliciter comme ressources à leurs difficultés sociosanitaires du moment.

Cet éloignement géographique est à prendre en compte comme élément se surajoutant aux problématiques individuelles dans l'accès aux dispositifs de prise en charge.

En effet, s'il est parfois difficile de s'inscrire dans des programmes de réduction des risques ou de soin quand la géographie n'est pas un obstacle, qu'en est-il pour ces populations aux caractéristiques similaires des urbains qui vivent à 15, 30 ou 50 kms de la première structure ?

Pour cet acteur : « *Quand tu vis à Saint-Martin du Touch tu viens plus de la même façon au CAARUD* ». En 2010, le constat est clair. Des personnes qui utiliseraient les services des structures toulousaines ne le font plus ou le font différemment du fait d'un éloignement. « *Des personnes viennent toujours, mais moins souvent* ».

Les espaces festifs : évolutions 2010

Peu d'évolutions notables sont repérées sur le site concernant les différents espaces festifs (alternatif et commercial). Les observations dans ces espaces sont les plus complexes, car il est difficile de traverser tous les milieux, tous les courants musicaux et tous les groupes d'affinité. L'objectif de TREND n'est pas de décrire tous ces espaces de manière exhaustive, mais de documenter les espaces/temps festifs où l'on peut repérer des consommations, et des évolutions concernant ces usages.

L'éclatement de la scène dite Techno⁵, les transformations de ces espaces et surtout des populations qui les traversent mettent en difficulté les observateurs pour appréhender l'ensemble des phénomènes. Les bornes d'observation évoluant fortement ces dernières années, il apparaît à la suite des investigations de 2010 qu'une remise à plat de l'ethnographie dans ces espaces est à engager sur le site. En effet, le manque d'informations concernant les moins de 25 ans est une carence importante.

Recentrage de la fête alternative dans de nouveaux espaces

L'évolution des espaces festifs de l'espace public vers des espaces privés a un impact sur les usages. Comme en 2009, l'impact de la crise sur les modes de réalisation de la fête⁶ a une influence sur les produits consommés et les modalités d'usage.

Dans les **bars** fréquentés par les populations alternatives, les produits les plus disponibles sont la cocaïne et la MDMA sachant que les amphétamines (speed) et le LSD peuvent être aussi consommés. Concernant le trafic, les personnes viennent avec leur produit, mais l'ethnographie indique que souvent il est possible d'acheter aux abords du bar.

Les usages de drogues dans les **fêtes privées** dépendent du rapport au produit des organisateurs : la nature des produits disponibles et la visibilité de leur consommation dépendent des organisateurs. Un informateur « *n'aimant pas l'héroïne* », indique que dans les soirées qu'il organisait chez lui, il n'y avait pas de ce produit et que s'il voyait quelqu'un en vendre, il dirait à la personne de s'en aller. On retrouve des propos similaires en ce qui concerne la free base : « *on va pas en voir et puis ça va gonfler et même moi le premier et je vois, dans les fêtes que j'ai organisées, si je vois des mecs dans un coin en train de baser, je leur dirais : « ouais, vous êtes gentils » j'dirais : « ouais, t'as un camion, t'as un truc, tu vas faire un tour » mais, c'est vrai ça a un côté... ouais, dans ma tête, la base, c'est stigmatisé* ». Les produits rencontrés le plus souvent sont la cocaïne (sniffé), le MDMA, le LSD (trip le plus souvent, goutte) et occasionnellement des champignons (d'ici ou d'ailleurs).

On notera que la kétamine n'est jamais citée dans ces espaces de fêtes se restreignant à des milieux culturels particuliers.⁷

L'usage festif face à la toxicomanie

Les phénomènes de recentrage de la fête sur les espaces privés et les soirées urbaines sont la tendance forte des investigations de 2010.

⁵ Suderie G., Monzel M., Hoareau E., *Évolution de la scène Techno et des usages en son sein*, in Costes J.M. (sous la direction) *Les usages de drogues en France depuis 1999, vus par le dispositif TREND*, OFDT, 2010.

⁶ Suderie G., *États des lieux concernant les usages de drogues à Toulouse*, TREND, Janvier 2011 (p.28)

⁷ Op. Cit. p.73

Les formes de la privatisation des événements festifs sont de plusieurs ordres allant de la réunion en appartement, jusqu'à l'organisation de fête de plus grande ampleur à la campagne. Il est ici question plus particulièrement de soirée regroupant des populations « alternatives » trentenaires.

Le cas de Marc, relevé par la responsable d'observation de l'espace festif est typique :

« Marc, la trentaine, financièrement en galère, qui depuis quelques années ne fréquente plus les free party. Ses espaces de fête sont les bars et les fêtes privées. Il est polyconsommateur en particulier de cocaïne par voie nasale, MDMA avec toutefois un certain penchant pour le LSD. Marc a rejeté l'espace festif de la free party au bénéfice des bars ou des fêtes privées. Son explication est simple : « dans les teufs, les gens se défoncent trop et ça empiète trop sur l'espace festif. Donc, personnellement, ça m'emmerde ».

De ce cas, il apparaît clairement que *« ce n'est donc pas la musique ou même les participants à ces fêtes qui ont motivé le rejet, mais bien des comportements de consommation jugés malsains »*, retient l'observatrice. Pour illustrer son propos, Marc évoque l'image devenue un lieu commun *« du mec, la tête dans le caisson »* qu'il associe spontanément à une destruction de soi. Notre observatrice indique que *« son discours rejoint des discussions informelles -avec des trentenaires- où la free party (ou ce qu'il en reste) est très vite associée à une atmosphère macabre due à des consommations de pure défonce. On retrouve là le stéréotype du « teuffer punk à chien » »*.

Pour en revenir à Marc, ce n'est pas la musique ou la présence de drogues qui a motivé son « départ » mais bien l'image de soi que connote le contexte de la consommation. Si la fête n'encadre plus la consommation, la personne bascule du côté de la toxicomanie.

Et justement, à l'origine de l'éloignement de Marc des « frees », il y a des problèmes de dépendances (en particulier avec la cocaïne) ainsi que des ennuis judiciaires (il dealait). Il a donc quitté Toulouse pour retourner chez ses parents dans une petite ville de campagne et entamer une formation dans un secteur qui l'intéressait. Il confie que sans cet épisode de « mise au vert », il serait probablement passé *« de l'autre côté »* c'est-à-dire qu' *« il serait devenu toxicomane et aurait sûrement fini en prison »*. Aujourd'hui, il consomme toujours des drogues, et ce, de manière très régulière, mais dans sa logique de pensée, il demeure du bon côté, c'est-à-dire du côté de la consommation festive.

Pour autoréguler sa consommation, cet usager a favorisé les espaces où le contrôle social est plus présent qu'en free party, l'espace jugé par le consommateur comme un espace de défonce. Il apparaît clairement que les dépendants, et plus particulièrement ceux à la cocaïne, utilisent ce stratagème pour se reconstruire des facteurs de protections quand ils évaluent la situation de consommation à risques. Il n'est jamais question ici de démarche de soin, de prise en charge ou même de problème réel, juste de mise à distance du risque toxicomaniaque.

Marché des drogues et organisation des trafics⁸ évolution 2010

L'héroïne est en regain de forme

« On n'a pas forcément plus d'affaires, mais on a l'impression que le trafic au niveau de l'héroïne est très répandu, est à nouveau très répandu à Toulouse, et la consommation, évidemment » indique un participant au groupe focal du respect et de l'application de loi (GFR).

Tous les observateurs indiquent une montée en charge du nombre d'« affaires héroïne ». En volume, le cannabis et la cocaïne restent les produits à l'origine de la plupart des interpellations pour usage ou usage/revente.

Pour autant les observateurs indiquent que cette hausse concernant l'héroïne est le « phénomène émergent de 2010 ». Les services des douanes comme la brigade des stupéfiants ou le SRPJ constatent une hausse des affaires concernant l'héroïne.

Plus précisément, les axes traditionnels de trafic de drogues concernant le site sont l'axe espagnol et l'axe Belgique/Hollande. Toutefois, l'axe espagnol fournissait peu le site en héroïne avec une spécialisation sur le cannabis et depuis quelques années sur la cocaïne⁹

En 2010, une évolution apparaît. Un membre du GFR indique qu'« une filière s'est installée en Espagne depuis un an ou deux, ils ont mis trois postes, Barcelone, Bilbao, et au milieu, quand on passe par le Somport, Lérida. ». Cette nouvelle filière exclusivement centrée sur l'héroïne repérée par les services répressifs indique une évolution plus large de l'organisation des trafics d'héroïne par l'Espagne.

Parallèlement, nous noterons que les investigations SINTES menées sur les échantillons d'héroïne ayant posé des problèmes à plusieurs usagers à la fin de l'année 2010 indiquent une organisation individuelle du trafic vers l'Espagne pour accéder à de l'héroïne. De même, la hausse du nombre de constatations des services des douanes sur des quantités allant de 100 à 800 grammes confirme la présence d'un trafic diffus.

Que le trafic soit structuré ou non, une nouvelle offre « d'héroïne espagnole » de mauvaise qualité¹⁰ est plus disponible sur le site tout au long de l'année 2010.

Notons que l'axe Belgique/Hollande fournit aussi le site. Cette organisation de trafic est décrite par un membre du GFR : « un belge qui a ramené quand même, lorsqu'on fait le total sur 10 mois, à peu près 7 kilos d'héroïne (...) C'est le mode opératoire, c'est très simple, c'est quelqu'un qui va en voiture en Belgique, en Hollande, et qui redescend en voiture, et qui peut faire comme ça des voyages sans difficulté. Le chiffre noir est énorme, lui on l'a eu parce qu'il y a eu d'autres infos, mais c'est un peu la facilité de monter, il n'y a aucune structure particulière, un homme seul peut importer comme ça 8 kilos d'héroïne (...) Si on en croit le gars qui est monté, il a été recruté dans une station-service ».

Nous noterons enfin qu'entre le trafic individuel et la structuration d'un trafic de plus grande ampleur, de nouveaux modèles sont décrits. « Ce qu'il y a de nouveau, c'est que maintenant ils fournissent en plus le moyen de camouflage, le coup des boîtes de conserve, c'est quand même assez révélateur. On a eu un dossier à Perpignan, c'était sûr de la cocaïne, ils équipaient les voitures, ils mettaient ça dans les longerons, ça passait carrément en atelier. Donc c'est le fournisseur qui met à disposition et aide au camouflage ».

⁸ 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.

⁹ Rapport TREND 2007, 2008, 2009 site de Toulouse

¹⁰ C.F. Partie héroïne

Des quartiers au centre-ville

À la lecture de la presse locale, la récurrence des affaires médiatisées concernant les quartiers laisserait entendre que les quartiers populaires souvent nommés « cités » seraient les seuls lieux d'approvisionnement des drogues.

Toutefois, les investigations TREND depuis plusieurs années indiquent l'importance croissante, tout produit confondu, du trafic individuel. Ce mode d'approvisionnement concurrence fortement les structures implantées dans les quartiers.

La proximité avec l'Espagne pour le cannabis, la cocaïne et, de plus en plus pour l'héroïne, rend accessible la rencontre avec des semi-grossistes installés de l'autre côté de la frontière.

Toulouse n'est pas une ville transfrontalière comme Lille ou Metz, toutefois les moyens de transport (autoroute, train, bus...) permettent en quelques heures d'approvisionner un petit réseau individuel ou un réseau de plus grande ampleur. L'accès au produit peut se faire soit dans les « quartiers » soit directement au centre-ville.

Les observateurs du GFR indiquent que « *certaines vendeurs ne sont pas du quartier, d'autres vont dans les quartiers s'approvisionner, et on a d'autres dossiers de gens qui ne sont pas du tout issus des quartiers, des gens presque insérés qui ne vont pas dans le quartier parce que ça craint un peu (...)* On a souvent affaire à ce moment-là à des gens beaucoup plus âgés qui sont déjà connus pour d'autres activités délictuelles, bien souvent des anciens braqueurs, des anciens proxénètes ».

Réduire le trafic de drogues au quartier n'a pas de sens, car il semblerait que ce ne soit que la partie visible de l'iceberg.

Le prix des drogues en 2010¹¹

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.

	Prix relevés	Commentaires	Informateurs
Héroïne	Prix bas : 30 euros/g (-) Prix haut : 60 euros/g (-) Prix courant : 50 euros/g	Il existe des ventes au détail selon ce que l'utilisateur peut payer. Les prix les plus faibles correspondent à des achats de plusieurs grammes	RDR Ethnographie Sanitaire GFR
BHD	<i>Subutex®</i> : Prix bas : 3 euros (-) Prix haut : 10 euros Prix courant : 8 euros	Forte disponibilité avec des prix qui augmentent les dimanches et les jours fériés	RDR Ethnographie Sanitaire
	<i>Générique</i> : 5 euros	Très peu présent sur le marché parallèle	RDR Ethnographie
Méthadone	Prix bas : 5 euros Prix haut : 15 euros Prix courant : 15 euros	En 2010, une organisation du trafic se structure avec des prix dépendant des dosages	RDR Ethnographie Sanitaire GFR
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 : 45 euros/g Prix haut : 80 euros/g Prix courant : 60 euros/g	Le prix est à mettre en rapport avec la qualité et la quantité vendue. En 2010, les prix restent stables même si sur des périodes certains réseaux indiquent des prix très élevés	RDR Ethnographie Informateurs Clés GFR
MDMA	<i>MDMA poudre</i> Prix bas : 40 euros/g (-) Prix haut : 100 euros/g Prix courant : 50 euros/g (-)	Produit disponible et décrit comme de bonne « qualité »	RDR Ethnographie Informateurs Clés
	<i>Ecstasy (comprimé)</i> Prix bas : 7 euros Prix haut : 10 euros Prix courant : 10 euros	Peu disponible	RDR Ethnographie Informateurs Clés
Speed	Prix bas : 10 euros/g Prix haut : 30 euros/g Prix courant : 15 euros/g	Produit disponible, mais peu cité en 2010	RDR Ethnographie
LSD	Prix bas : 5 euros Prix haut : 10 euros Prix courant : 10 euros	Pas de différence entre goutte et buvard Décrit toute l'année comme disponible	RDR 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 : 3 euros/g (résine) Prix haut : 15 euros/g (herbe) Prix courant : 5 à 7 euros/g selon la qualité et la forme	Le kilo semble pouvoir se négocier aux alentours de 1200 euros	RDR Ethnographie Sanitaire GFR

¹¹ Le prix des drogues relevé par les différents observateurs est un indicateur intéressant pour renseigner la disponibilité et l'accessibilité des différents produits. Un indicateur (+) ou (-) indique une évolution du prix à la hausse pour (+), à la baisse pour (-) par rapport à l'année précédente.

Les phénomènes émergents

Ce chapitre consacré aux « phénomènes émergents » regroupe les évolutions les plus importantes tant sur le plan des usages, des représentations des usages, des conséquences sanitaires ou de l'évolution du trafic. En 2010, trois phénomènes ont retenu l'attention des observateurs sur le site :

- Des pratiques de consommation de « crack » qui sortent du cadre des initiés.
- L'initialisation des demandes d'entrée dans les protocoles de TSO par la méthadone de rue.
- Trafic de médicaments psychotropes non-opiacés en dehors du cadre thérapeutique

Des pratiques de consommation de « crack » qui sortent du cadre des initiés.

Les investigations de 2005¹² documentent en détail les usages, les modalités d'accessibilité et les profils de consommateurs de cocaïne base sur le site. Depuis, les rapports TREND suivent l'état du phénomène et particulièrement les évolutions des représentations des usagers de ce produit sous cette forme. De manière générale, l'appellation « freebase » prédomine sur la terminologie « crack » du moins pour les populations que le dispositif TREND observe au travers des espaces déterminés. Les analyses sur les représentations de cette forme de cocaïne ont abouti au constat suivant.

Si le freebase est consommé dans des contextes d'usages différents de ceux connus pour le crack en d'autres lieux, les fonctions et les problématiques sanitaires en lien avec l'usage de cocaïne basée sont décrites plus ou moins de la même manière.

Si le crack et le freebase sont des appellations différentes pour qualifier le même produit, ces deux appellations distinguent nettement deux groupes d'usagers ayant des caractéristiques sociales et surtout culturelles différentes.

En 2009, les rapports ethnographiques de l'espace urbain décrivent la revente de « crack » dans deux quartiers de Toulouse, connus pour le trafic de stupéfiants.

En 2010, les investigations confirment une nouvelle accessibilité à la cocaïne basée à Toulouse sous la dénomination « crack » pour des personnes en situation de précarité. Différents observateurs indiquent que « *les usages de crack concerneraient des personnes appartenant à une partie de la communauté afro-antillaise* ». Pour les observateurs du champ spécialisé, il est difficile d'en dire plus, car ce sont « *2 ou 3 cas, bien documentés, mais peu nombreux* ». D'autres professionnels de la santé de première ligne corroborent les observations de personnes issues d'une partie de la communauté afro-antillaise qui n'envisage la cocaïne basée essentiellement sous la dénomination crack. Il n'est pas étonnant par ailleurs que ce soit ce type de dispositif de santé de première ligne qui documente ces populations tant la dimension de vulnérabilité sociale prédomine les questions de santé pour ces usagers¹³.

Notons que pour faire le tri entre représentations des acteurs et observations éclairés, il ne faut pas oublier la plupart des observateurs réduire la définition du « crackers » à la figure sociale classique de la caraïbe, de New-York et du Nord-Est parisien.

Ce qui conforte les observations est le processus de diffusion de cette forme sémiotique de la cocaïne basée sur le site. En effet, au-delà de différents cas recensés par tels ou tels acteurs, c'est la diffusion de l'utilisation de crack hors de ce cadre d'initiés qui a révélé la présence de cocaïne basée vécue de la sorte sur le site. Jusqu'alors notre système d'information n'a pas été en capacité

¹² Escots S., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004, Tendances récentes et nouvelles drogues sur le site de Toulouse, Graphiti/OFDI.

¹³ C.f. Sudérie G., États des lieux concernant les usages des drogues à Toulouse Graphiti/OFDI, Janvier 2011 (p.58)

de décrire ces populations. L'absence d'éléments décrivant des populations qui portent le stigmate de ces usages est à l'origine de la non-documentation de ce phénomène.

En approfondissant les entretiens avec les différents acteurs de la réduction des risques et de la santé communautaire, il apparaît que d'autres types de populations, plus traditionnelles du site sont aussi utilisateurs de cocaïne basée sous son nom « crack ». Des cas de jeunes en situation d'errance, des héroïnomanes substitués ou des usagers de cocaïne par voie veineuse sont repérés. L'ethnographie indique que des populations issues de l'espace festif alternatif sont aussi concernées.

Attention, le crack en tant que molécule n'arrive pas à Toulouse. La cocaïne basée est présente sur le site depuis longtemps et c'est le cadre sémantique qui est nouveau sur le site. Comme le dit un acteur de réduction des risques *« le crack et le freebase, c'est la même chose sauf que ce n'est pas la même chose... »*

Une investigation approfondie pourrait aider à mieux comprendre les processus d'inscription dans ce type d'usage, des liens avec les carrières d'usage précédent et les articulations des polyconsommations. De nombreuses questions se posent sur le statut de ce produit pour ces populations et sur le volume de personnes concernées.

Ce qui change fondamentalement, c'est qu'il devient possible d'acheter de la cocaïne basée au détail (0,1g, une pipe) à un prix accessible (5 euros) pour des personnes précaires. Notons que le prix au gramme est toujours élevé (50 euros) ce qui pose une question fondamentale sur la concentration réelle de ces échantillons.

En effet, 50 euros pour 1 gramme de cocaïne ne coïncident pas à 1 gramme de cocaïne pure. Les discours collectés et les analyses réalisées préalablement par le dispositif TREND¹⁴ indiquent des taux de concentration moyens à 30%, proposant le gramme pur théorique à 166 euros. Si on fait l'hypothèse que les bouts de crack contiennent 100% de cocaïne, on peut considérer alors que le prix au gramme théorique de cocaïne est trois fois moins important et, de ce fait, les pratiques d'usage de trafic et de revente sont différentes de ceux du chlorhydrate. Si cette hypothèse est avérée, de grandes transformations dans les usages de drogues sur le site sont à prévoir.

La seconde hypothèse est celle d'une concentration de cocaïne relative dans les « bouts de crack » où finalement le prix théorique ne serait pas différent de celui de la cocaïne chlorhydrate. Dans ce cas, une investigation est à conduire pour mieux appréhender cette teneur et les techniques qui permettent cette fabrication.

Dans tous les cas, avec peu d'argent il est possible d'avoir accès à de la cocaïne basée pas forcément en grande quantité, avec des taux de concentration en cocaïne inconnus, ce qui n'était pas le cas auparavant.

Les usages de psychotropes s'inscrivent dans des déterminants multiples. Un nouveau marché de revente de crack dans la rue, mais aussi via réseaux de pairs (au sens usager/revendeur), modifie les cadres existants en ce qui concerne l'accès, le sens et la représentation du risque à l'usage de la cocaïne basée.

Cette mutation s'affirme et les représentations sont en train d'évoluer. Des usagers de « freebase » rencontre des personnes qui consomment la cocaïne basée sous forme de « crack » et font la jonction : *« finalement c'est pareil »*.

¹⁴ SINTES Observation Cocaïne 2006, dispositif TREND/SINTES Toulouse, non publié.

L'initialisation des demandes d'entrée dans les protocoles de TSO par la méthadone de rue.

L'évolution à la hausse du nombre de patients inclus dans des protocoles méthadone augmente l'alimentation d'un marché de rue.

Si concernant le Subutex® une structuration complexe est en place à Toulouse¹⁵, pour la méthadone, le « marché de rue » est réservé majoritairement à des patients en difficulté momentanée avec leur traitement.

En 2010, apparaît un nouveau phénomène : une différenciation du prix selon la dose de la fiole de méthadone. Cet indicateur signifie une évolution dans la structuration du trafic.

Le site de Toulouse connaît une réelle transformation des prises en charge « méthadone » depuis 2 ans. Cette transformation passe par une médicalisation plus importante des CSAPA avec une hausse du nombre de patients en TSO dans ces services. À l'inverse, les centres « méthadone » historiques accueillent moins de nouveaux patients que ces dernières années.

Cette transformation de l'accès aux « TSO méthadone » s'accompagne d'une volonté des structures de faciliter l'accès à la méthadone. Il n'est pas question ici de dispositif de délivrance à bas seuil d'exigence, seulement de limiter les difficultés pour les patients d'accéder à la « méthadone ».

Le bénéfice de cette nouvelle structuration est de faciliter l'accès aux prises en charge par les TSO, et de diminuer la durée pour accéder à un programme, voire immédiate. Le revers de la médaille à cette évolution dans l'offre de soin locale est des détournements ou des accommodements de prescriptions. Ce phénomène marginal en volume a toutefois un impact sur le marché de rue.

Sur le site, le phénomène n'est pas comparable à celui de la buprénorphine haut dosage mais rend cette molécule disponible à des personnes dépendantes aux opiacés qui cherchent une alternative à l'héroïne ou à la BHD, soit en autosubstitution, soit dans une amorce de démarche thérapeutique.

Ce phénomène en expansion est un élément de preuve indiquant une demande d'accès à la méthadone à bas seuil d'exigence. Pour autant, cette diffusion anarchique peut poser des problèmes majeurs, particulièrement lors de consommation de méthadone par des « sujets naïfs », ainsi que dans la structuration d'un trafic de produits classés stupéfiants.

L'ensemble des acteurs de la prise en charge indique qu'*« il n'y a pas un patient qui demande une prise en charge de traitement méthadone, qui n'a pas connu la méthadone de rue »*.

Parallèlement et sur un autre registre, le GFR indique pour la première fois des interpellations pour revente de flacons de méthadone.

Si à Toulouse il n'existe pas (encore) de dispositif de délivrance de méthadone à bas seuil d'exigence institutionnalisé, de nombreux éléments de preuves indiquent que cet accès se fait via l'offre de rue.

De manière pragmatique, accéder à la méthadone bas seuil est une meilleure alternative qu'accéder à de la BHD bas seuil, même si c'est par l'intermédiaire d'un marché de rue. Toutefois, ce serait d'autant plus satisfaisant si cet accès était accompagné par des professionnels de la réduction des risques et du soin.

Une délivrance de méthadone à bas seuil d'exigence institutionnalisée doit venir concurrencer une offre clandestine en donnant la possibilité de répondre à la problématique de dépendance par une approche médico-psychosociale globale.

¹⁵ C.f. Rapport de site de Toulouse TREND 2008 p.49, Suderie G., Baboulène N., Fournier, 2009 Op.cit.

Trafic de médicaments psychotropes non-opiacés

Une des premières difficultés pour le dispositif TREND dans l'analyse de l'usage des médicaments psychotropes non opiacés en dehors du cadre thérapeutique est de déterminer quel en est l'usage thérapeutique. En effet, certains référentiels de « bonnes pratiques » préconisent l'utilisation de telles ou telles benzodiazépines en particulier en dehors de leur cadre de prescription AMM. Les phénomènes flunitrazépam (Rohypnol®) du début des années 2000 et du clonazépam (Rivotril®) actuellement sont deux exemples de ce phénomène.

Il est question ici d'investiguer exclusivement les usages de ces molécules parmi les toxicomanes. De fait, les toxicomanes étant des patients atypiques, la prescription de benzodiazépines, d'antidépresseurs, d'anxiolytiques ou de neuroleptiques prend une dimension différente que pour d'autres patients.

Au-delà des pratiques de prescription atypiques, un accès de rue à ces molécules est suspecté par les observateurs sans toutefois que ce phénomène soit décrit dans le détail.

En 2010, de nouveaux éléments viennent éclaircir cette question. En effet, la superposition de ce trafic avec le trafic de buprénorphine haut dosage semble être avéré.

Les observateurs de la réduction des risques indiquent que l'accès à ces médicaments se fait par « prescription », par « errance médicale » mais aussi par « un marché de rue souvent articulé à celui du Subutex® ». Si 10 euros sont nécessaires pour une plaquette de Valium® de 10 comprimés, il est aussi possible de se procurer une fiole de Rivotril® pour le même prix.

La formalisation des prix signifie un marché pérenne. Le manque d'informations jusqu'alors est plus en lien les limites des observations locales que par l'absence de phénomène.

Ce trafic n'est donc pas un phénomène nouveau même s'il apparaît que les discours des professionnels interrogés en la matière sont plus descriptifs en 2010.

Au-delà du prix et du trafic, les professionnels indiquent que cette question est peu abordée par l'usager de médicaments détournés. « *Ils n'en parlent pas, c'est différent des drogues comme la cocaïne, mais c'est aussi différent du Subutex®* ». Si pour ces populations ayant un accès de rue, les fonctions d'usage sortent clairement d'un cadre thérapeutique, il est difficile en l'état des connaissances de décrire les modalités d'usage, les temporalités d'usage et les réelles fonctions de consommation.

Il apparaît clairement que ces molécules sont utilisées dans le cadre de la polyconsommation et pour une fonction utilitaire de modification des états de conscience pour « la défonce ». La question de la dépendance surdéterminée par la polyconsommation est aussi clairement à prendre en compte.

Les phénomènes marquants

Ce chapitre est consacré aux phénomènes qui s'inscrivent dans des tendances amorcées depuis plus ou moins longtemps et qui retiennent l'attention des observateurs. Quatre phénomènes essentiels sont décrits dans ce chapitre :

- Héroïne : Le vrai « retour »
- Méthamphétamines, au-delà du mythe
- Nouvelle structuration de l'usage des stimulants de synthèse malgré le retour de la MDMA
- Méphédronne, molécule classée, molécule visible...

Héroïne : Le vrai « retour »

L'épidémie sourde d'héroïne annoncée se confirme.

2010 est l'année du « vrai » retour. L'héroïne est depuis plusieurs années maintenant au centre des discours de l'ensemble des observateurs de l'évolution du phénomène. Cette année, tous les entretiens, groupes focaux ou questionnaires indiquent que ce produit est au centre d'évolutions. Pour les observateurs, l'évolution des consommations d'héroïne n'est pas perçue comme un phénomène émergent. Tous abordent ce sujet de la même manière. Ce médecin résume l'ensemble des commentaires sur le sujet : « *On est dans un « bain héroïne », sans que ce soit un problème majeur porté par les usagers, l'héroïne est redevenue un produit de consommation courant chez les toxicomanes* ».

Au-delà des éléments déjà décrits¹⁶ par les investigations TREND, différentes typologies de population sont repérées sur le site. Les *profils des anciens héroïnomanes substitués* et les *nouvelles figures d'usagers d'héroïne* sont décrits depuis plusieurs années.

Notons en 2010 que des anciennes figures réapparaissent. En effet, les investigations décrivent *d'anciennes figures d'usage par voie veineuse d'héroïne*. Des jeunes injecteurs d'héroïne (parfois mineurs) en squats sont décrits. Même si ces éléments restent circonscrits à des lieux particuliers concernant des populations réduites en nombre, les observations indiquent un maintien de ces situations durant plusieurs mois en fin d'année 2010.

Les patients/usagers d'héroïne

L'ancrage de l'usage d'héroïne dans de multiples populations est observé par les investigations TREND. Ces quatre dernières années, la réapparition des usages d'héroïne ou plutôt la nouvelle visibilité des usages dans ces populations a constitué une tendance majeure de ces observations. Si pendant un temps, les usages d'héroïne étaient moins visibles parmi les polyconsommateurs, depuis 2005, l'héroïne est de nouveau consommée même au sein des populations ayant un Traitement de Substitution aux Opiacés.

Ce phénomène a des conséquences sur les polyconsommations des usagers de drogues ainsi que chez des patients en traitement de substitution. En effet, une part des patients pris en charge dans les programmes de TSO continuent à consommer des psychotropes et pour une part de l'héroïne. Ces « patients/usagers de drogues », souvent injecteurs, ont un long parcours de polyconsommations. D'âges très divers, leur carrière d'usage de drogue est relativement longue. Inclus souvent dans des protocoles thérapeutiques de substitution, ils représentent la figure classique de la toxicomanie associant problématiques sanitaires et des situations sociales en dégradation. Connus des dispositifs spécialisés de réduction des risques et de prises en charge, ils

¹⁶ Suderie G., 2011 Op. Cit. p.39

sont parfois en rupture avec les cadres thérapeutiques du fait du maintien des consommations de drogues.

Ces profils mettent en question les catégories des différents acteurs du soin. En effet si on tente une catégorisation des utilisateurs d'opiacés, trois catégories s'imposent d'elles-mêmes :

- Les patients : il est entendu ici que le terme *patient* regroupe des personnes incluses en Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO).
- Les patients/usagers de drogues : il est entendu ici que le terme *patient/usager de drogues* regroupe des personnes incluses en Traitements de Substitution aux Opiacés et qui consomment occasionnellement ou régulièrement des drogues ou qui utilisent les MSO de manière « non conforme aux préconisations AMM »¹⁷.
- Les usagers de drogues : il est entendu ici que le terme *usager de drogues* regroupe des personnes qui consomment des drogues illicites (opiacés) ou des MSO issus du marché de rue ou de l'errance médicale.

Cette triple catégorisation des populations renvoie aux différents modèles de substitution, soit de sevrage, soit de maintenance. Dans les deux cas, pour les acteurs du soin, l'usage d'héroïne revenant s'inscrire dans les polyconsommations des personnes en programme de substitution pose des problèmes majeurs à la prise en charge, même si les fonctions et contextes d'usage sont différents de ceux qui ont généré la problématique toxicomaniaque.

Les usagers d'héroïne en difficulté avec les dispositifs de soin.

Une nouvelle culture de l'héroïne construite sur de nouvelles représentations et de nouvelles pratiques du corps est déterminée à la fois par des profils sociaux culturels différents et par une offre d'opiacés abondante entre une héroïne disponible et des MSO très accessibles.

Ces « *nouveaux usagers* » sont des consommateurs par voie nasale ou inhalation à chaud¹⁸. Ayant des carrières d'usage plus courtes, ils s'inscrivent pour une part dans des usages de râbla plus que d'héroïne¹⁹. Issus principalement de l'espace festif alternatif, mais aussi de milieu populaire, ils sont décrits par les observateurs ethnographiques, mais aussi par les dispositifs de soins et de réduction des risques. Là encore, les données TREND décrivent l'impact de l'utilisation de nouvelles modalités de consommations à l'origine de l'initialisation de nouvelles carrières d'usage d'héroïne²⁰.

Appelés parfois maladroitement « *usagers récréatifs d'héroïne* », ces consommateurs ont connu les psychotropes en général, et l'héroïne en particulier, dans des moments festifs, mais ne s'inscrivent plus dans cette fonction d'usage. Pour une part, ils sont dépendants, parfois toxicomanes. La dynamique addictogène particulière de l'héroïne a transformé les contextes et les motivations des usages.

L'utilisation du terme « Râbla » en lieu et place de « l'héroïne » s'inscrit dans un processus de redéfinition de la notion de toxicomanie. En effet, si l'usage d'héroïne est perçu comme potentiellement toxicomaniaque, alors l'usage d'héroïne est proscrit. De même, si c'est l'usage d'héroïne par voie veineuse qui fait figure de toxicomanie, l'usage par voie nasale ou par inhalation de l'héroïne est totalement « permis ».

¹⁷ Nous utilisons cette désignation en lieu et place du terme « mésusage » qui apparaît impropre car il apparaît difficile de le définir autrement qu'au travers de la norme donnée par l'AMM. Dans les faits chaque acteur selon sa place va avoir sa propre définition du mésusage ce qui brouille les détails des pratiques dans ce type de recherche.

¹⁸ « Chasse au dragon » en langage indigène

¹⁹ En terme symbolique puisque que la râbla n'est qu'une appellation de l'héroïne

²⁰ Sudérie G. et col. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2008 sur le site de Toulouse – Rapport TREND, OFDT Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées, Juin 2009.

Notons que de manière générale, les jeunes usagers par voie nasale n'utilisent pas l'injection et réciproquement la « *chasse au dragon* »²¹ est peu utilisée par les personnes utilisant la voie veineuse. Dans ces cas, il n'y a pas de translation (escalade) dans les modalités d'usage sniff/inhalation à chaud/injection. Les modes culturels sont des facteurs de protection à la pratique d'injection.

Cette nouvelle définition de la toxicomanie peut être aussi un facteur limitant l'inscription d'un usager dans une prise en charge qu'il considère ne pas le concerner. Une nouvelle perception des consommations est souvent synonyme d'une nouvelle définition des problèmes liés à ces consommations et donc de la nécessité de la démarche de soin.

L'accès aux MSO de rue est un facteur non négligeable à considérer pour comprendre ces nouveaux profils qui compensent souvent le manque par ces médicaments sans toutefois s'inscrire dans une démarche thérapeutique, qu'ils ne souhaitent pas.

Une héroïne peu concentrée ?

Les travaux ethnographiques dans les espaces festifs et urbains signale des taux de concentration des échantillons collectés faibles ou très faibles²². Pour la plupart des usagers interrogés, « *on ne trouve que des héroïnes de mauvaise qualité* ». La récurrence de ce type de discours invite les observateurs à conclure à une évolution du marché. Pour cet acteur de la réduction des risques « *concernant l'héroïne, on a un double effet. À la fois on a beaucoup de consommateurs de toutes les catégories d'âge et de toutes problématiques sociales et on a une qualité à la baisse* ».

Notons que le dispositif SINTES « observation héroïne » mis en place à la fin de l'année 2010 corroborent ces discours.

Parallèlement à cela, le pôle SINTES veille repère plusieurs signalements d'échantillons d'héroïne pour des effets indésirables. Si pour la plupart les dommages en lien avec ces usages sont peu problématiques (allergies, effets psychotropes non souhaités...), les cas des échantillons contenant de l'alprazolam (1^{er} cas décembre 2010) ont généré des complications importantes²³.

Un travail effectué sur la provenance de l'héroïne consommée à Toulouse a permis de comprendre comment les axes de trafic venus de Hollande et de Belgique prédominant ces dernières années ont subi une forte concurrence d'une offre espagnole.

Cette évolution du trafic vers un accès moins structuré, plus diffus de produits ayant de faibles concentrations transforme certaines formes d'usage.

En ce sens, un médecin addictologue décrit une accélération des volumes de consommation pour certains usagers, « *jusqu'à 5 grammes par jour* » indique-t-elle.

Des décès toujours mal repérés et peu documentés

La question de la mortalité « overdose » ou plus justement surdose létale est mal documentée. Si les cas avérés sont renseignés, les « morts suspectes » où l'usage d'héroïne pourrait être à l'origine du décès sont mal documentées. Voici le constat du groupe focal :

« On n'a pas été réactifs sur ces morts suspectes donc on n'a pas fait d'autopsie, on n'a pas fait de prélèvement, mais c'est le contexte qui nous permet de dire que. D'ailleurs, on est allés plus loin parce qu'on avait eu éventuellement le revendeur d'héroïne donc on a ouvert une procédure d'homicide involontaire pour savoir si ce n'était pas lui qui avait donné, on

²¹ Modalité d'usage qui consiste à inhaler la fumée de la combustion de l'héroïne sur une feuille d'aluminium

²² Les échantillons collectés durant le premier semestre 2011 confirme cette tendance

²³ Sur ce point voir Lahaie E. Héroïne, Teneurs et adultérants note d'information SINTES du 25 mai 2011, OFDT, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/notes.html>

remonte, on n'est pas assurés de ça mais enfin c'étaient trois morts sur une petite période et avec un contexte de prises antérieures ».

Quoi qu'il en soit et même si les volumes restent faibles et que de nombreux biais existent dans le renseignement des « overdoses », des décès en lien avec des usages d'héroïne sont de nouveau repérés, voire relayés par les médias locaux.

Méthamphétamines, au-delà du mythe

L'ouvrage collectif de l'OFDT de janvier 2010 faisait état du mythe autour de la méthamphétamine²⁴. À Toulouse, une citation est repérée dans le rapport de 2002 sans toutefois d'observation directe. Plus médiatisée que décrite par les systèmes d'information, cette molécule est au centre de spéculations. Son absence de diffusion en France sur le modèle asiatique ou nord-américain questionne tous les observateurs.

En 2010, pourtant le pôle TREND de Toulouse a collecté deux échantillons de méthamphétamine. Un comprimé nommé « Yaba » et un liquide provenant d'Israël.

Bien évidemment, il n'est pas question ici de diffusion de cette molécule, même si ce phénomène spontané peut être à l'origine de questionnements.

Il n'est pas question ici d'alerter sans mesure, mais de décrire et contextualiser ces deux collectes qui peuvent être les premiers signes d'une diffusion autant qu'un épisode singulier et circonscrit à un contexte particulier.

Trois situations, deux collectes

Yaba, une molécule asiatique avant tout

La première collecte de méthamphétamine est un comprimé nommé Yaba . *« Je te parle du truc, peut-être qu'il y a des dérivés d'opiacés dedans, parce que ça se fume aussi, il y en a qui le fume (...) pur comme ça, tu l'écrases, tu le mets dans un papier d'alu, et tu le fumes comme un « dragon » »* indique la collectrice.

L'un des usagers confirme que cet échantillon correspond trait pour trait au comprimé déjà décrit en Asie. *« Le yaba, il y a dix ans je suis allée en Thaïlande, ça faisait déjà un tabac là-bas, je me rappelle que vraiment c'était le problème (...) Et de la façon dont se comportaient les thaïs, tu voyais celui qui en avait pris et celui qui n'en avait pas pris (...) C'est vraiment la défonce de là-bas »*. Ce produit est décrit comme « fort » et qui dure « longtemps » *« Les mecs te disent de commencer par la moitié, mais les mecs le prennent entier, tu prends ça en début de soirée (...) et ça va durer douze heures, suivant ton état, si t'es fatigué, pas fatigué, s'il fait chaud, il fait pas chaud, si c'est la nuit, le jour, ça va durer plus ou moins longtemps »*.

La consommation toulousaine de cette substance a pour autant peu de points communs avec l'usage qui en fait en Asie. Pour la collectrice, *« ça ne se vend pas par ici, ou c'est vraiment exceptionnel. C'est ultra connu en Thaïlande, à mon avis c'est le même produit là-bas, c'est distribué là-bas, et si on en trouve ici, ce sont des gens qui en auront ramené, mais pas en grande quantité »*.

La collecte de cet échantillon n'indique pas une diffusion de cette molécule. Pour les informateurs interrogés, *« ils²⁵ en ont ramené, 10 ou 20, j'imagine qu'il n'y a pas des gros... Les*

²⁴ Lahaie E., Adès J-E, *Mythe-amphétamine et autres mythes* in Costes J-M (dir), *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 – Vus au travers du dispositif TREND*, Sainte-Denis, OFDT 2010, 1922p.

²⁵ Les usagers/revendeurs

gens ici ne connaissent pas. À distribuer ces cachets, c'est pas comme quand il y a une nouvelle molécule de DOC, de 2CB qui sort, les gens oui peuvent être consommateurs, mais là ce n'est pas le cas ».

Dans les représentations des usagers, ce produit est une molécule qui se consomme ailleurs. De ce fait, les usagers au contact de cette molécule sont perplexes en ce qui concerne la nature de sa composition. Pour cette polyconsommatrice, qui a consommé un échantillon similaire à celui collecté « *là-bas, les Yabas, il y a peut-être quasiment tous de la méthamphétamine dedans, mais là il y a d'autres trucs aussi (...), ça faisait plus héro* ». Concrètement, dans le milieu investigué pour documenter ce phénomène²⁶, les quelques usagers de méthamphétamines décrivent des usages en Asie et plus particulièrement en Thaïlande. À l'exception des trois usagers qui ont consommé un des produits importés dont un a été analysé par SINTES, leurs usages en France de cette molécule sont de l'ordre de l'exceptionnel. Ces usages sont en lien avec le retour de personnes de leur entourage revenu de Thaïlande et qui ramène quelques comprimés. Pour cette informatrice, « *le milieu teuf, ceux qui sont déjà allés en Thaïlande, ils vont à Koh Phangan, c'est une île où tu as des teufs, la full moon, ils prennent du yaba, ils vont aller se prendre les magics mushrooms, et puis le yaba, c'est ce que tu trouves là-bas qui est pas cher, il n'y a pas de coke là-bas, pas de MDMA, pas d'ecstas, les gens ils prennent du yaba, ce que tu trouves, tu peux trouver d'autres choses, tu peux toujours tout trouver, partout, mais là-bas, c'est ça qui est consommé, qui peut être consommé lors des teufs, lors des soirées, même pas forcément transe d'ailleurs, parce que là-bas, c'est pas forcément que transe* ».

Lors de la consommation de Yaba, notons que leur perception de la molécule est approximative. La collectrice indique que « *le terme de yaba représente vraiment à l'Asie, parce que méthamphétamine, ça commence à venir, mais les gens ne savent pas trop ce que c'est (...)* t'entends parler les gens, « *j'ai déjà pris de la méthamphétamine en trait, j'ai consommé ça...* », *tu vois des discours comme ça, mais le terme yaba, c'est vraiment thaïlandais, et c'est vraiment que des gens qui sont allés par là-bas qui en ont entendu parler, et qui n'en ont pas forcément consommé en plus* ».

Méthamphétamine sous forme liquide

Lors des investigations autour de la collecte du Yaba, il est apparu d'autres types de méthamphétamine sur le site. La plus étonnante fut celle présentée sous forme liquide :

Informateur : On a eu de la méthamphétamine en liquide .

Enquêteur : Ah oui, où ça?

I : « C'est un pote qui nous a ramené ça d'Israël ».

E : Ici?

I : Oui, il nous a ramené ça ici en France.

E : T'es sûr que c'est de la méthamphétamine?

I : C'est l'odeur du speed, le goût du speed, l'effet du speed.

E : C'est du speed quoi!

I : C'est du speed, c'est de la méthamphétamine.

E : Ce n'est pas de la méthamphétamine, ce sont des amphétamines, peut-être fortes, mais ce n'est pas de la méthamphétamine ?

I : Peut-être, mais c'est super fort, et les mecs deviennent hyper vite accros comme la méthamphétamine. C'est un liquide, il faut prendre une dose c'est 1ml, tu prends avec la seringue, et si tu dépasses 3, au bout de trois jours t'es mort, c'est super fort, au goût c'est

²⁶ Milieu festif alternatif « Transe »

dégueulasse, tu mets ça dans un verre de Coca, dégueulasse, comme du speed, et puis le truc du speed qui te reste dans la bouche, et ça fait un tabac là-bas.

E : En Israël?

I : Oui, parce que les mecs ils consomment ça.

E : Et ici, à part cette importation ?

I : Moi je n'en ai jamais vu, une espèce de couleur, il avait mis ça dans une bouteille de whisky, ça fait couleur whisky un peu.

E : Ça a pris la couleur de la bouteille de whisky, non?

I : Non il a mis ça dans les petites fioles en plastique de whisky, il l'a rincée avant et il a mis le truc.

I : Ça vaut cher quand même, 1 ml c'est 15 euros, mais c'est une dose.

Au final, l'analyse de l'échantillon par le dispositif SINTES indiquera un produit contenant de la méthamphétamine et de l'éphédrine. Là encore, la collecte de cet échantillon n'indique pas une réelle présence et encore moins une diffusion.

Crystal Meth²⁷

Toujours en recherche d'informations sur l'usage réel ou supposé de méthamphétamine sur le site, des descriptions d'usage de « Crystal Meth » apparaissent. Prenons le cas de cet informateur :

Informateur : Le Chrystal Meth, c'est de la méthamphétamine ?

Enquêteur : A priori, la méthamphétamine peut être vendue sous ce nom

I : Parce que ça du Crystal Meth, moi j'en ai pris l'an dernier (...) j'en avais, je suis sûre que ça en était aussi, et en poudre, il nous disait de la fumer, nous on était à moitié arrachés, on l'a prise en trait, ça l'a fait, c'était fort, et tout le monde disait que justement il faut pas trop fumer parce que tu deviens vite, tu t'arrêtes plus. Et apparemment ça fait un ravage en Afrique du Sud, ma pote qui est en Afrique du Sud qui disait que le Crystal Meth, c'était vraiment, ça faisait vraiment un ravage, qu'il y en avait partout, que ça coûtait pas cher, les jeunes à partir de 15 ans, ils sont tous à fond de Crystal Meth, ils fument ça toute la journée, tu fumes, ça se recristallise alors tu refumes, ça se recristallise, tu refumes... ça ne finit jamais. (...) Oui, et je ne me rappelle pas combien on avait payé l'an dernier la méthamphétamine, de mémoire, il me semble me souvenir que c'était un peu cher, ce n'était pas le prix du 2CB, mais c'était quand même assez cher, ça ressemblait plus au prix de la coke qu'au prix du speed.

Dans ce dernier cas, aucune analyse n'a pu être réalisée.

Un phénomène à suivre

Il apparaît nécessaire de décrire ce phénomène sans toutefois s'inscrire dans la paranoïa médiatique sur le sujet Signaler n'est pas alerter. De la méthamphétamine circule en France, preuve en est. Toutefois, le phénomène se concentre à quelques initiés.

Si jusqu'à présent, sur le site, cette hypothèse ne trouvait pas réellement de fondement du fait du manque d'élément de description, les investigations de 2010 documentent différents cas.

Ces exemples montrent à la fois que des usages de méthamphétamines existent localement, mais aussi que leur diffusion est faible.

²⁷ D'autres orthographes existent dont *crystalmet* proposé par la plaquette de prévention « *La Métamphétamine, c'est quoi ?* » réalisé par le CRIPS-CIRDD Ile de France en 2006 avec le soutien de la MILDT

L'absence de poudre de MDMA sur le site en 2009 a invité les usages de ces produits à découvrir ou redécouvrir d'autres molécules pour modifier leurs états de conscience. Le nombre de citations de l'utilisation de 2CB en 2009 et en 2010 s'inscrit dans cette logique de restructurations du marché. Quid de la méthamphétamine ?

Pour cette observatrice, cette molécule peut trouver ses adeptes dans certains espaces festifs. À la différence de la kétamine qui s'inscrit dans des modalités de fête particulière « *c'est très individuel, c'est peu empathique* » indique une usagère, ce produit agit sur son consommateur « *comme une ecstasy* ». En d'autres termes, les fonctions et les contextes de consommations de cette molécule ressemblent trait pour trait à ceux déjà usités dans certains milieux pour faire la fête. Pour cette expérimentatrice, « *je pense que c'est quelque chose qui peut plaire, ça dépend quel milieu. Dans le milieu transe, ça peut plaire occasionnellement, parce que l'air de rien, c'est toujours à la recherche du produit propre, donc on va prendre du bon MDMA en cristal, on va prendre de la coke, de la bonne coke, du LSD en goutte, mais je pense milieu hardcore où ils sont plus arraché, la méthamphétamine, ça va marcher, s'il y a quelqu'un qui arrive avec ça sur le marché, il va le vendre* ».

Le phénomène est à suivre, car si les éléments nécessaires à la diffusion ne sont pas encore réunis actuellement du fait d'une offre minimale et d'une demande quasi inexistante, mais qui peut se révéler avec l'essor d'un nouveau marché. N'oublions pas que les drogues n'ont pas de frontières.

Nouvelle structuration de l'usage des stimulants de synthèse malgré le retour de la MDMA

En 2009, toutes les sources d'informations indiquaient que la poudre de MDMA²⁸ est indisponible jusqu'à la fin de l'année. La rapide saturation de l'information avait permis de déterminer l'impact d'une réelle pénurie durable.

À l'énoncé du nom des produits qui circulent dans les espaces festifs, il apparaissait évident que l'absence de MDMA recombinaient les usages de molécules stimulantes. Si le « *MD* » disparaît, ce n'est pas le cas des contextes et des fonctions d'usages habituels de cette molécule. De ce fait, les usagers devaient trouver des substituts. Une présence remarquée de 2CB au printemps et au début de l'été en était le premier exemple. En effet, cette molécule, plutôt rare sur le site habituellement, est décrite dans différents relevés ethnographiques de l'espace festif. La collecte de ce produit pour l'enquête SINTES observation a été relativement simple, c'est la preuve que la disponibilité était plus forte qu'à l'accoutumée, durant cette période de pénurie de MDMA.

À l'exception du milieu « sélect », tous les espaces festifs furent concernés même si en décembre, des collectes ont été réalisées sur un marché à nouveau actif. Ces collectes de décembre amorcèrent un retour en force de la disponibilité de la MDMA poudre sur le site de Toulouse.

Durant l'année 2010, les discours des observateurs, particulièrement ceux issus de l'ethnographie indiquent une forte disponibilité de cette molécule sous forme poudre.

Même si la pénurie de 2009 peut agir dans l'analyse des observations de 2010 comme un effet loupe, la récurrence des discours a rapidement indiqué une offre croissante de poudre de MDMA. La prédominance des poudres de MDMA sur les comprimés d'ecstasy est nette. Souvent composés de mCPP²⁹, les comprimés semblent être totalement délaissés par les plus grands

²⁸ 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.

²⁹ Gandilhon M., Cadet A., Lahaie E., Chalumeau M., Drogues illicites : les observations du dispositif TREND en 2009, Tendances n°73, OFDT

nombres de ces usagers au profit de poudres de MDMA, voire d'autres substances stimulantes de synthèse.

L'ecstasy en déclin³⁰ autant en termes d'usage que d'emblèmes d'une génération depuis plusieurs années n'a pas passé la pénurie de MDMA. En 2009, la substitution du MDMA par le mCPP l'a maintenue dans une offre de stimulant relativement pauvre. Le « retour » de poudres de MDMA en 2010 a mis un arrêt définitif à l'usage de ces comprimés particulièrement chez les initiés³¹.

Notons que les poudres sont décrites comme concentrées. Les observateurs relèvent des discours du type : « *une MDMA puissante* », « *MDMA très concentrée* », « *une MDMA que l'on n'a pas eue depuis longtemps* ». Les résultats de deux échantillons analysés par le dispositif SINTES confirment cette tendance.

En 2009, la recombinaison des usages de stimulants de synthèse avait mis en évidence une augmentation de déclarations des usages de 2CB. Plus cher, mais avec une bonne réputation, cette molécule reste en 2010 dans un niveau de déclaration d'usage élevé malgré une accessibilité au MDMA plus forte.

Méphédronne, molécule classée, molécule visible...

Cette molécule a été classée sur la liste des stupéfiants le 11 juin 2010³². Jusqu'alors plus connue via les médias que par les enquêtes de terrain, la méphédronne ou « *miaou-miaou* » devient un produit régulièrement cité par les observateurs.

La médiatisation de ce produit a fait sortir son usage du cadre des initiés. Informés des risques, ces usagers maîtrisaient pour la plupart les quantités et les modalités d'usage. Avant l'été 2010, aucune information des urgences, du CEIP de Toulouse ou de nos systèmes d'information n'a pu être repérée.

À l'été, parallèlement à la hausse des descriptions d'usage plusieurs situations de problème en lien avec la consommation de méphédronne sont décrites.

Un cas directement observé par une enquêtrice ethnographique retient notre attention : « *c'est une usagère régulière de drogues, stimulants, cocaïne, mais aussi un peu d'héroïne* » décrit-elle. « *Des potes à elle ont ramené du miaou-miaou³³ et elle a testé ça le matin en se levant pour voir, pour essayer. On était en festival, le soir d'avant elle avait vu tout le monde en prendre super cool et donc elle essaye. Elle sniffe une petite trace comme elle fait habituellement pour le MD et là, elle tombe par terre, impossible de la calmer, on a failli appeler le SAMU. (...) Les autres nous ont dit plus tard qu'il ne fallait surtout pas le sniffer que comme ça c'était super dangereux, la preuve* ». L'échantillon consommé a été analysé comme de la méphédronne par le dispositif SINTES.

Si pour la plupart des molécules, le classement a eu une efficacité forte réduisant l'accessibilité, pour la méphédronne, le phénomène est plus complexe. En effet, l'absence de pénalisation de cette molécule dans d'autres pays d'Europe où une part non négligeable d'usagers français peuvent se procurer cette molécule, associé au « buzz médiatique » de l'été 2010, ont été à l'origine d'usages et d'usages à risque.

Notons que le phénomène est restreint même si le GFR indique une affaire concernant cette molécule de « *jeunes gens lambdas, sans marquer sociaux particuliers* » interpellés dans la région toulousaine pour possession de méphédronne.

³⁰ Girard G., Boscher G., L'ecstasy de l'engouement à la « ringardisation » in Costes J-M., 2010, Op.Cit.

³¹ Même si quasi aucune description n'apparaît dans les relevés ethnographiques des usages doivent perdurer sur le site.

³² Lahaie E. Méphédronne et autres nouveaux stimulants de synthèse en circulation, note d'information SINTES actualisé le 31 janvier 2011

³³ Cet échantillon provenait selon cette informatrice de République Tchèque

Les phénomènes stables

Dans ce chapitre sont décrits les phénomènes largement documentés par les rapports locaux des dernières années et dont les évolutions s'inscrivent dans un processus tendanciel global. Toutefois, quelques éléments sont soulignés par les observateurs. Ce chapitre en fait la synthèse.

Cannabis

L'ensemble des données épidémiologiques indique une baisse de la consommation de cannabis en France, en Midi-Pyrénées et par extension à Toulouse. Malgré ce constat, sa diffusion reste cependant très large avec plus de la moitié des jeunes à 17 ans qui en ont déjà consommé et 12% qui en font un usage régulier, avec une prédominance de consommateurs de sexe masculin³⁴.

Au-delà des volumes de consommation, le programme TREND a pour objectif de décrire les usages de cannabis dans les différentes populations observées.

Le trafic de rue est prolifique. Une intervenante du GFR donne cet exemple. « *On a une affaire où des personnes interpellées à 14 heures, , avaient déjà 1500 euros dans la poche alors qu'ils s'étaient mis en place à 11 heures selon les observations des forces de l'ordre* ».

Le cannabis est un réel business pour ses usagers-revendeurs. Les trafics structurés ou artisanaux, en appartement ou dans l'espace public fonctionnent et enrichissent leurs promoteurs. Malgré la baisse du niveau de consommation sur le site, les acteurs de l'application de la loi indiquent un taux d'activité de leurs services toujours très important. « *Les saisies et les interpellations sont toujours aussi nombreuses* » indique un intervenant du GFR.

De même, les acteurs du soin soulignent que si les usages sont en diminution, leur activité de prise en charge d'usagers problématiques est constante. « *On a toujours autant, voire même plus de jeunes qui font des décompensations psychiatriques avec du cannabis dans le tableau clinique* » indique ce psychiatre.

Les professionnels du sanitaire et de la réduction des risques indiquent l'utilisation de cannabis comme premier produit dans les polyconsommations des personnes reçues par leurs services.

Les relevés ethnographiques concordent avec ces constats de professionnels. Les usagers de drogues consomment toujours du cannabis.

Notons que « ce » cannabis semble évoluer dans ces teneurs en THC. Les usagers indiquent que des herbes fortement concentrées sont disponibles toute l'année. L'accès à ces produits n'est pas ouvert à tous. Les « habitués du cannabis »³⁵, appartenant dans des réseaux de diffusion particuliers décrivent tous ce phénomène. Ces consommateurs qui ont longues carrières d'usage décrivent un cannabis de « qualité », voire presque trop dosé. Cet informateur rapporte une mauvaise expérience de ce fait. « *J'ai dosé comme d'habitude et j'ai pris une perche pas possible comme du LSD !* ».

Le laboratoire d'analyse des stupéfiants indique lors du GFR que « *l'herbe, cette année, était très concentrée, mais la résine aussi, c'est très variable, celle d'hier était à 19%. Après c'est très variable, ça va de 5% à 19%* ». Pour cette observatrice « *c'est de plus en plus concentré quand même, par rapport à une période où il y avait une très nette chute des teneurs en THC* ».

L'ampleur de diffusion du cannabis sur le site invite les observateurs à être modéré dans l'affirmation d'évolutions sur ce thème. Toutefois, quand les discours d'usagers et les rapports d'analyse indiquent le même type d'information, il est sûr que cette évolution est plus qu'une hypothèse.

³⁴ Les usages de produits psychoactifs en Midi-Pyrénées, Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées/ORS, Janvier 2010

³⁵ Reynaud-Maurupt C., *Les habitués du cannabis – une enquête qualitative auprès des usagers réguliers*, 2009, Saint-Denis, OFDT 312p.

BHD et Subutex®

Il n'est question ici que des usages de ces molécules en dehors du cadre des TSO. Les observateurs sont interrogés sur l'utilisation des MSO tous contextes et toutes fonctions confondues.

Un accès bas seuil de rue problématique

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.

Si la BHD est un traitement de substitution entrant dans le cadre d'un protocole thérapeutique, l'accroissement de sa prescription s'est accompagné du développement de son détournement, d'usages « non conformes aux préconisations de l'AMM », voire d'usages non substitutifs³⁶.

Différentes typologies d'usage de la BHD sont repérées localement depuis plusieurs années, et évoluent peu. Ce sont plutôt les carrières des utilisateurs de BHD qui changent, allant la plupart du temps de l'usage de drogues vers le soin, mais aussi, parfois, du soin vers l'usage de drogues. 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. Les traitements par la BHD deviennent des remèdes au long cours, quel que soit le groupe d'appartenance et même les modalités d'usage. Ce phénomène transforme le traitement de substitution pour le sevrage en traitement de substitution de maintenance. Dans ce dernier cas, l'objectif est toujours l'arrêt des usages de drogues mais pas forcément l'usage médicalisé de psychotropes. Le rythme du patient est alors privilégié à l'abstinence.

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. Cette situation rend vulnérables ces personnes à la polyconsommation.

Le statut de la BHD et plus particulièrement du Subutex® est tel qu'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 somatiques, en particulier sur le réseau veineux, mais aussi 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 place³⁷ 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.

Trafic de BHD

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 prescriptions 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'elles ne consomment pas, soit parce

³⁶ Escots S., Fahet G., *Usages non substitutifs de la buprénorphine Haut Dosage*, Graphiti/ORSMIP/OFDI TREND, Août 2004.

³⁷ À l'exception de la diffusion du Stérifilt®

qu'elles ne sont pas dépendantes, soit parce que grâce à ce trafic, elles se donnent les moyens d'avoir accès à de l'héroïne ou à 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 elles sont en surdosage, et leur détournement ne pose pas de problème en matière de manque, soit elles s'accommodent de ce manque en consommant de l'alcool, de la cocaïne ou de l'héroïne, et ce, dans cet ordre.

La *polyprescription* très importante jusqu'en 2004 sur Toulouse 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 et en partenariat avec le réseau *Passages (PRA31)*. 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 auparavant une même personne pouvait compter 5 à 6 médecins, aujourd'hui ce n'est plus le cas. Par contre, le nombre de personnes impliquées ayant deux médecins et deux pharmacies de délivrance semble plus décrit.

Cette disponibilité de BHD a pour conséquence qu'une majorité de personnes ayant consommé la BHD via le marché parallèle de rue, sans prescription médicale, rencontre le dispositif pour initialiser des prescriptions. Entre formalisation d'une auto-substitution préexistante et usages de drogues remboursés par la CPAM, l'analyse du phénomène est complexe. Ce type de prescription permet 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, permet à certains d'accéder au soin. Toutefois, ce processus se confronte rapidement au fait que la BHD n'est pas un « bon » médicament de réduction des risques, car il peut être producteur de dommages somatiques sans pour autant être une solution au problème de dépendance.

Cocaïne (hors crack)

Depuis le début des années 2000, les usages de cocaïne progressent. Ce phénomène a d'abord pris forme chez les usagers de drogues polyconsommateurs, puis dans des populations aux caractéristiques sociales spécifiques. En 2009, en Midi-Pyrénées, 4% des jeunes de 17 ans déclarent expérimenter ce produit³⁸. En 2010, l'OFDT estime à 400 000 le nombre de personnes ayant expérimenté cette molécule³⁹. La diffusion de l'usage de ce produit est donc à la fois en progrès, mais toujours contenue à un volume de population faible.

Comme en 2009, les investigations de 2010 indiquent un seuil de diffusion stable pour les populations observées.

Au centre de toutes les polyconsommations, la cocaïne chlorhydrate est majoritairement un produit d'usage occasionnel pour les populations précaires. Un acteur de RdR indique que « *Le manque de cocaïne, c'est géré grâce aux Benzodiazépines. Dans le mois la cocaïne, c'est une semaine, après il faut gérer, l'alcool et les benzodiazépines servent à ça* ». Deux spécialités sont régulièrement citées : le Valium® et le Rivotril®. Pour les personnes ayant des ressources issues des prestations sociales, les temporalités d'usage sont systématiquement les mêmes.

Pour cet autre acteur de RdR : « *RSA, 400 euros de cocaïne, une semaine au mieux et plus rien (...) après tu gères le reste du mois comme tu peux..* ».

Les populations au pouvoir d'achat plus important l'utilisent plus régulièrement dans de multiples fonctions d'usage même si le cadre festif prédomine.

³⁸ Les usages de produits psychoactifs en Midi-Pyrénées, Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées/ORS, Janvier 2010

³⁹ Beck et coll., Les niveaux d'usage de drogues en France en 2010, Tendances n°76, Juin 2011.

Des pertes de contrôles d'usages apparaissent quels que soient les profils des consommateurs. La forme base est souvent expérimentée, mais n'est pas adoptée systématiquement.

Notons que par période des pénuries peuvent apparaître dans certains réseaux avec des hausses importantes de prix (jusqu'à 50 euros le ½ gramme).

Notons, enfin, que le laboratoire d'analyse des stupéfiants indique lors du GFR l'analyse d'échantillons à 80%. « *Ils la revendent comme ça, elle était déjà conditionnée* » ajoute un autre intervenant du GFR. Parallèlement, de nombreux discours décrivent des cocaïnes de qualité moyenne invitant ces usagers à utiliser la voie veineuse plutôt que la forme base pour atteindre les effets espérés.

LSD

Cette molécule est toujours très présente selon les périodes de l'année autant l'espace urbain que dans les espaces festifs. Les investigations rapportent la saisie de 10000 doses de LSD à la fin de l'année 2010. « *C'étaient des buvards, jolis jolis, avec Vishnou derrière, 10000 buvards en deux envois, 8000 et 2000, directement de Hollande, deux personnes, dont une jeune héroïnomane qui était visiblement utilisée pour ça, un autre qui faisait un peu des raves parties, mais on est surpris du nombre parce que ça veut dire qu'en terme de facilité d'envoi tout est possible* » indique un membre du GFR. Au-delà du volume, la période de l'année et le profil des personnes interpellées indiquent une destination plus proche de l'espace urbain que des espaces festifs même si l'imperméabilité entre les espaces n'existe pas. Souvent sous-estimée par les observateurs, la consommation de LSD est rarement à l'origine de problèmes somatiques ou de dépendance dans différents milieux de l'espace urbain. Même si la prévalence est relativement faible⁴⁰, les discours autour de cette molécule sont récurrents chez les accueillis des CAARUD, peut être un peu moins chez les professionnels de ces mêmes dispositifs.

Kétamine

Repérée depuis le début des investigations TREND au début des années 2000, cette molécule a une place à part dans les usages de drogues toulousains. De 2007 à 2009, la diffusion de kétamine apparaît plus importante dans les deux espaces d'observation.

En 2008, les investigations établissaient de nouveaux usages en dehors du cadre des initiés dans les différents milieux festifs. Autrement dit, de nouvelles populations utilisent cette substance lors de contexte festif particulier, mais aussi parfois, régulièrement à cause de début de dépendance.

Au sein de l'espace urbain, les milieux constitués des populations les plus jeunes consomment aussi de la kétamine. Quelques descriptions dans cet espace sont repérées dès 2007. En 2008 et 2009, l'augmentation des signalements de consommation dans différents milieux de l'espace urbain laissait à penser que cette molécule pouvait devenir le produit principal pour une part des usagers de cet espace.

Les investigations 2010 ne confirment pas ce phénomène, au contraire. Ce produit est consommé dans l'espace urbain, mais ce ne sont pas ces jeunes qui sont en difficulté avec ce produit sur le site. Des trentenaires issus du milieu festif alternatif sont décrits en usages problématiques. Des usages festifs devenus réguliers puis quotidiens ont inscrit ces personnes dans un cercle dépendance difficilement maîtrisable autant par son entourage que par les dispositifs de prise en charge.

⁴⁰ 6% dans les populations accueillies dans les CAARUD Tendances n°61, Mai 2008

Quels que soient les milieux, la kétamine n'a pas remplacé l'héroïne du fait d'un réseau de trafic et d'une image totalement différente. Ce produit est toujours régulièrement cité même si le volume de consommation est toutefois à pondérer selon la hiérarchie des produits. Pour ses usagers, cette molécule s'inscrit dans le champ symbolique des drogues malgré son image d'anesthésiant vétérinaire. Cette molécule a un statut de drogue alors que c'est un médicament détourné de son usage.

De ce fait, les logiques de consommations sont assez différentes d'autres molécules consommées. Posséder de la Kétamine et consommer de la « Ké » sont des signes valorisant dans les milieux des jeunes repérés dans l'espace urbain. À l'inverse, consommer cette molécule en dehors des contextes festifs peut-être stigmatisant pour les populations appartenant aux milieux festifs.

Khat

Le khat est une espèce d'arbuste ou d'arbrisseau de la famille des Celastracées, originaire d'Afrique orientale, et dont la culture s'est étendue à la péninsule arabique. Son usage est connu chez les populations de ces régions qui consomment les feuilles pour leurs vertus stimulantes et euphorisantes⁴¹. Il est classé sur la liste des stupéfiants. Le cadre d'utilisation semble strictement le même que celui décrit par le dispositif de TREND de Rennes en 2008⁴², celui d'une consommation communautaire.

C'est en 2009, que les investigations TREND Toulouse indiquent le premier signalement de trafic de Khat.

En 2010, le GFR indique : « *On a encore eu du Khat (...) Dernièrement on a fait 5 kilos (...) On en a fait dans le fret express, encore une fois ça ne concerne qu'une population somalienne...* ».

Rien de neuf finalement, si ce n'est que c'est la deuxième année consécutive que le trafic de cette molécule est constaté par les services d'application de la loi locaux. Le mode d'approvisionnement est toujours organisé autour d'allers-retours réguliers entre l'Angleterre et Toulouse via la région parisienne. La « fraîcheur » du produit étant primordiale pour une bonne consommation. L'hypothèse d'une régularité des échanges est crédible.

Aucune nouvelle tendance majeure n'est à signaler en 2010 concernant les produits suivants

Par rapport aux investigations menées les années précédentes, les investigations de 2010 n'indiquent aucune nouvelle information concernant les molécules suivantes :

- Dérivés codéinés
- Opium-Rachacha
- Plantes hallucinogènes⁴³
- Poppers
- BZP

⁴¹ Définition issue de Wikipédia

⁴² Girard G. Boscher G. Amar C., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2008 Tendances Récentes sur le site de Rennes, 2009, p.75

⁴³ Cette catégorie regroupe les Psilocybes (champignons hallucinogènes), Salvia divinorum, Datura.