

**PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS
LIÉS AUX DROGUES
EN 2011**

**TENDANCES RÉCENTES
SUR LE SITE
DE TOULOUSE**

Phénomènes émergents liés aux drogues sur le site de Toulouse

Tendances Récentes et Nouvelles
Drogues (TREND)

◆ Juin 2013 ◆

Contribution au projet

Coordonnateur du Site

Guillaume Sudérie

Rédaction du rapport

Guillaume Sudérie

Pôle TREND Toulouse, *Graphiti-CIRDD* Midi-Pyrénées 2010-2012

Natacha Baboulène, Céline Leven, Fabien Sarniguet, Édith Saurat, Elsa Raczymow, Serge Escots, Lisa Boudet-Valette, Yannick Lapeyre, Yann Margouillé, Robin Raymond, Gaël Reboul.

Remerciements

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

A l'ensemble des professionnels de la réduction des risques, du médicosocial, du sanitaire et de l'application de la loi.

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.

A l'équipe et aux administrateurs de Graphiti CIRDD Midi Pyrénées

Table des matières

Introduction

Contextes de consommations et description des usagers de drogues

L'espace urbain	7
Les précaires et grands précaires : des populations dont la priorité est la demande sociale	8
Les « anciens de la rue » sous substitution.....	8
Jeunes en situation d'errance entre affiliation et désaffiliation	10
Usagers précaires à forte morbidité psychiatrique	11
Migrants pauvres sans accès aux droits communs	12
Les insérés	12
Les hyper insérés	13
Espace Festif	14
Des milieux différents dans un même espace d'observation	14
Évolutions observées au sein de l'espace festif	17
Milieu gay et usage de drogue en contexte sexuel.....	18
Milieu festif « minimal ».....	18
Recentrage de la fête alternative au sein d'espaces privés.....	18
Espace Rural	21
Migration de la ville vers la campagne ?	21
Espace rural comme espace d'investigation	22
Marché des drogues et organisation des trafics	24
Nouveau mode de micro trafic pour cannabis et cocaïne	24
L'héroïne plus présente qu'auparavant	24
Des quartiers au centre-ville	25
Prix	27

Approche par produits

Le tabac et l'alcool	29
Tabac	29
Alcool	29
Cannabis	32
Marché	33
Usage, usagers, modes d'usage, perception et conséquences	35

Cocaine/Crack	36
Cocaïne chlorhydrate, le phénomène le plus répandu	36
Marché et prix	37
Usage, modes d'usage et perception.....	38
Conséquences de l'usage	39
Freebase, cocaïne basée et crack	40
Les trois dénominations repérées à Toulouse	40
Le crack de province : un nouveau modèle	41
Héroïne	42
Disponibilité et accessibilité	43
Prix	44
Modes d'usage	44
Perception.....	45
Profils des usagers	45
Usagers d'héroïne	45
Les patients/usagers d'héroïne	46
Conséquences de l'usage	47
Héroïne/Alprazolam	47
L'épidémie sourde d'héroïne annoncée se confirme.....	47
Des décès toujours mal repérés et peu documentés	48
Amphétamines : MDMA, Speed et Méthamphétamine	49
MDMA/Ectasy	49
Marché et prix	50
Usage, modes d'usages et usagers	51
Méthamphétamines, au-delà du mythe	51
Yaba, une molécule asiatique avant tout	51
Méthamphétamine sous forme liquide.....	53
Crystal Meth	53
Un phénomène à suivre.....	54
Speed	55
Hallucinogènes et dérivés	56
Kétamine	56
Marché.....	57
Usage mode d'usage et usagers	57
Perception.....	58
Psilocybe, Salvia, Datura, des plantes au centre de phénomènes stables depuis plusieurs années	58
LSD, peu de changements	59

Les Médicaments de Substitution aux Opiacés avec ou sans AMM.....	61
Buprénorphine Haut Dosage et Subutex®.....	61
Un accès bas seuil de rue problématique	61
Marché.....	62
Usage et Usagers.....	63
Impact du trafic sur les prises en charge.....	63
Méthadone	65
Marché :.....	65
Usage, mode d'usage et perception.....	66
Entrée dans les protocoles de TSO par la méthadone de rue.....	66
Sulfate de morphine	67
Les Médicaments psychotropes non opiacés.....	Erreur ! Signet non défini.
Trafic de médicaments psychotropes non-opiacés	68

Conclusion

Introduction

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*.

A Toulouse, le 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. Sept 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. (2 enquêteurs au sein de l'espace urbain et 5 enquêteurs dans l'espace festif)
- La réalisation d'un groupe focal associant les acteurs de l'application de la loi et regroupant l'ensemble des services d'intervention (SRPJ, Brigade des stupéfiants, gendarmerie, douanes), le Parquet, les FRAD, les PFAD et les laboratoires de police de médecine légale.
- La réalisation d'entretiens de type face à face avec les acteurs du champ sanitaire (addictologie, urgences et médecine générale de réseaux et psychiatrie) et de groupes focaux auprès de professionnels de CSAPA (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 est la synthèse de l'ensemble des données recueillies sur les années 2010 et 2011 et les premiers éléments de 2012.

Contextes de consommations et description des usagers de drogues

Les espaces d'observations sont des cadres construits artificiellement pour répondre à la méthodologie d'investigation du programme TREND. L'objet ici est d'observer des populations qui sont usagères de drogues en faisant l'hypothèse que si des phénomènes évoluent, ce sont au sein des populations qui traversent ces espaces que les processus sont en émergence.

Les espaces sont traversés par des populations appartenant à différents milieux socio-culturels conditionnant les fonctions et les contextes d'usage de psychotropes.

En ce sens l'observation des espaces n'est pas suffisante pour avoir une vision exhaustive du phénomène. Toutefois, ces outils méthodologiques permettent depuis 12 ans d'envisager les évolutions et la diffusion des différents phénomènes.

L'espace urbain

Cet espace se délimite aux zones urbanisées ou fortement urbanisées. Compte tenu de la nature des observateurs, les informations sur la population en contact avec les structures de soins, dont des personnes ayant une consommation « à problème », sont largement dominantes¹.

Progressivement la question des populations (ou milieux) qui traversent cet espace a posé nombre de questions en ce qui concerne l'analyse des éléments observés.

Pour mieux appréhender la compréhension du phénomène, un support d'analyse par populations (ou milieux) a été proposé. Retenons ici que les catégories présentées ne sont pas prédéterminées mais sont issues de l'observation du terrain de recherche et ne peuvent pas, en l'état, être reproduites ailleurs qu'à Toulouse sans ajustement.

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

- Les populations « Précaires » : homme ou femme, sans ressource légale *ou* bénéficiant d'allocation compensatoire **ayant** un logement personnel *ou* bénéficiant d'hébergement temporaire familial ou institutionnel ou occupé illégalement *ou* sans logement. En difficulté pour accéder aux soins, les précaires sont en contact principalement avec les CAARUD, soit sur la question sociale, soit sur la question de l'échange de matériels stériles. Ils ont recours aux CSST et à la médecine générale

¹ Sarradet A., Gandilhon M., Toufik A., *Tendances Récentes* : Rapport TREND. Paris : OFDT, 2000

pour des raisons spécifiques et ont des difficultés à se maintenir dans des traitements de substitution.

- Les populations « Insérées » : homme ou femme bénéficiant de ressources liées à l'emploi incluant les étudiants soutenus par leur famille et **ayant** un logement personnel ou logé par leur famille. Ils ont peu recours aux dispositifs de réduction des risques (sauf en contexte festif ou sur les bornes d'échange anonyme), fréquentent principalement les CSST, les services hospitaliers d'addictologie et la médecine générale.
- Les populations « Hyper-Insérées » : homme ou femme **ayant** un pouvoir économique et social important, sans problèmes sociaux apparents. Ils n'ont pas recours aux CSST, ont parfois à la médecine générale, mais préfèrent l'anonymat du secteur privé (psychiatrie en particulier) et des services hospitaliers.

Il est important de souligner que des précautions doivent être prises pour manier ces catégories. En effet, celles-ci sont non exhaustives et mouvantes. Les éléments qui intéressent les observateurs sont les relations entre les usages de psychotropes, les demandes sociales ou sanitaires et les degrés de précarité ou d'insertion. Ils permettent de contextualiser les observations du phénomène et ses transformations lors des phases de diffusion.

Les précaires et grands précaires : des populations dont la priorité est la demande sociale

Ce sont les populations les plus décrites, car les plus observées depuis le début des investigations TREND. 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.

Il est important de souligner que plusieurs typologies de populations sont repérées par les observateurs depuis plusieurs années.

Les « anciens de la rue » sous substitution

Les anciens héroïnomanes sous substitution sont la première population repérée sur le site au sein de l'espace urbain. Pour la définir, reprenons la définition donnée par le dispositif national TREND².

« Les anciens héroïnomanes sous substitution sont en général assez âgés par rapport à l'ensemble des usagers de drogues (de 35 ans à plus de 40 ans). Ils constituent, si l'on peut dire, la population « traditionnelle » des centres de soins spécialisés. Parmi eux, les situations du point de vue de l'insertion sociale sont variées : certains ayant pu réintégrer une vie sociale « normalisée » tandis qu'un certain nombre, n'ayant pas encore stabilisé leur parcours addictif, a pu développer des codépendances. Chez ces derniers, l'alcool est

² Cadet-Taïrou A. et Coll., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006 Huitième rapport national du dispositif Trend*, OFDT, 191p., Février 2008, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap08/epfxaco2.html>

particulièrement en cause, mais également la cocaïne depuis quelques années, parfois injectée ou consommée sous forme de free base. L'héroïne et la cocaïne sont, en fonction des possibilités financières, également consommées sous forme «d'extra» pour casser la monotonie d'un traitement régulier».

Il apparaît que la définition «héroïnomane sous substitution», ne signifie pas que ces personnes soient automatiquement des patients en traitement de substitution aux opiacés.

Les conditions historiques de la mise en place des TSO³ ont conduit à une multitude de représentations, de points de vue, de pratiques de la «substitution» qui renvoie à une multitude de logiques d'utilisation des MSO.

Les observations TREND montrent que les MSO sont utilisés aujourd'hui comme des drogues, même si des enquêtes approfondies doivent encore être menées pour affiner nos connaissances. Les investigations sur le site depuis 2004 montrent que même si les médicaments de substitution s'inscrivent initialement dans le cadre des TSO, leur signification symbolique pour une part des personnes qui les utilisent, est différente. La molécule perd son statut de médicament pour revêtir la figure sociale de drogue.

Un produit devient un médicament lorsqu'il possède des propriétés préventives ou curatives à l'égard des maladies, ou lorsqu'il peut être administré pour restaurer, corriger ou modifier les fonctions organiques d'un organisme. Dans le champ qui nous préoccupe, il est légitime d'inclure dans cette définition, le fait que le médicament puisse être administré en l'absence de maladie déclarée, mais à titre de prévention dans une démarche de réduction des risques de la maladie⁴. Certains usagers utilisent des médicaments opiacés de substitution à des fins de prévention d'une éventuelle rechute.

Si un traitement peut avoir une utilisation non conforme à son cadre de prescription et si un médicament peut être détourné de sa finalité thérapeutique, un produit reste libre de détermination face à des types d'usages différenciés. Les MSO peuvent donc prendre une signification autre que celle déterminée au départ pour des utilisateurs, usagers de drogues ne s'inscrivant pas dans une demande de traitement de leur dépendance. S.Escots⁵ différencie MSO et TSO au travers de deux définitions :

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

³ TSO : Traitements de Substitution aux Opiacés.

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

⁵ Escots S., 2006, Communication Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales, centre d'anthropologie, journée doctorale: «*Qu'est-ce qu'un usage de drogue*»

Si une seule lettre change entre TSO et MSO, la nuance est fondamentale pour appréhender le phénomène⁶. Dans le cadre des observations TREND, comprendre les différentes logiques de consommation permet de différencier les usages thérapeutiques des autres usages des MSO.

Ainsi, les populations catégorisées comme «*anciens héroïnomanes sous substitution*» ne s'inscrivent pas automatiquement dans un cadre de traitement. Au contraire, les observations TREND, indiquent une structuration des usages de psychotropes en relation directe avec les modes de consommations (contexte et fonction, cadre thérapeutiques ou non) des MSO. Le nombre de citations de personnes «substituées» par la méthadone et qui consomment de l'héroïne est par exemple à la hausse⁷.

Jeunes en situation d'errance entre affiliation et désaffiliation

La visibilité de groupes de jeunes sans domicile fixe est l'élément essentiel à l'origine du sentiment d'insécurité dans les métropoles urbaines.

La note «*Usagers marginaux, jeunes en errance, nomade ou en précarité*»⁸ fait le point sur ces populations de l'espace urbain. Sans reprendre l'intégralité de ce travail, nous retiendrons différentes catégories de jeunes en errance :

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

Le postulat empirique, repris par certains chercheurs en sciences sociales, a longtemps considéré que ces groupes formaient des réseaux sociaux particuliers, durables, à l'origine d'une culture de la rue. Certes, ces jeunes apparaissent en groupe dans les espaces publics et dans les dispositifs de prise en charge. Pour autant, la qualité des liens sociaux constituant ce groupe est rarement interrogée.

Le repérage de groupes par les observateurs lors d'interaction particulière ne signifie pas automatiquement que ce groupe fasse sens pour les membres qui le composent. La notion de « groupe momentané d'utilité » semble plus juste. Ce sont les conditions de vie du moment qui initient des liens sociaux plus ou moins durables.

Les investigations depuis plusieurs années indiquent clairement des interactions sociales éphémères et utilitaires. Des besoins très concrets pour pouvoir se mettre à l'abri, se nourrir, faire la manche ou obtenir des psychotropes constituent les raisons précaires de moments de vie partagés⁹. Il apparaît que la question des substances psychoactives est au centre d'échanges sociaux s'inscrivant dans ce processus de « groupe momentané d'utilité ».

⁶ La conférence de consensus de 2004 fait déjà une distinction sur ce point

⁷ C.f. Les parties BHD et Méthadone dans ce rapport

⁸ Escots S. *Rapport local du site de Toulouse 2005 sur les phénomènes émergents liés aux drogues en 2004*, 2005, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/trendloc.html>

⁹ 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.

Au-delà du trafic, la relation de réciprocité du type don contre-don¹⁰ construit des liens sociaux momentanés. À la différence d'autres liens sociaux s'inscrivant dans des projets collectifs quasi communautaires, ces «groupes momentanés d'utilité» ne s'inscrivent pas dans des projets d'accès aux droits, à l'hébergement ou à la santé¹¹. Les observateurs indiquent que l'accessibilité aux psychotropes est l'un des moteurs faisant fonctionner ces groupes.

Concernant les plus jeunes, les consommations de certains produits s'inscrivant dans la cosmogonie de la fête alternative sont au centre des tentatives d'affiliation au mouvement alternatif.

Les observateurs décrivent deux types de populations dans des processus de socialisations opposés. Les premiers, issus du monde festif alternatif, constituent des groupes plus ou moins homogènes et durables. Les seconds, plus isolés, en voie de désaffiliation, ont des difficultés à s'inscrire dans des «campements» ou «squats» organisés. Si les premiers revendiquent une affiliation contre-culturelle alternative, leur participation aux événements de l'espace festif alternatif s'inscrit plutôt dans des parcours d'errance. En ce qui concerne les seconds, l'isolement amplifie leurs difficultés sociales et leur exclusion. Dans les deux cas, chacune des situations, pour des raisons différentes, rend difficile l'intervention sociale.

Usagers précaires à forte morbidité psychiatrique

Les usagers précaires à forte morbidité psychiatrique sont décrits à plusieurs reprises par les acteurs de la réduction des risques de cet espace. Ces usagers en situation de grande précarité ont des difficultés à s'inscrire dans les structures psychiatriques toulousaines. La triple problématique, d'addiction, de «sans-abrisme» et de problème psychiatrique met à mal les dispositifs existants. L'éclatement des compétences selon les dispositifs ne permet pas de proposer des réponses adaptées à ces problématiques multiples à Toulouse.

Le dispositif local de prise en charge des troubles psychiatriques est saturé et mal adapté à ces populations. Cette situation engendre une amplification du phénomène depuis plusieurs années. La répartition des services de psychiatrie (Hôpital, CMP, CHU, Cliniques) dans la ville de Toulouse devrait pourtant permettre d'accueillir ce type de population. Mais si de nombreux patients ayant des problèmes d'addiction (majoritairement alcool) peuvent être reçus en ces lieux, les «sans-abris» sont rares.

Parallèlement, les services historiques de la précarité et de la grande précarité accueillent un nombre très important de SDF, jeunes ou vieux, ayant pour une part des usages de psychotropes et pour une part moindre des troubles psychiatriques. Ces dispositifs issus des courants du travail social et des dispositifs caritatifs laïques ou non, répondent à l'urgence des besoins vitaux, aux demandes d'hébergement d'urgence, parfois juste à la mise à l'abri et rarement aux problèmes psychiatriques et d'addiction.

¹⁰ Mauss M., Essai sur le don - première publication l'Année sociologique, 1923-1924, rééd. in Marcel Mauss, Sociologie et anthropologie, 2001, PUF, Paris.

¹¹ Sur ce point voir la différence que fait Escots entre collectif et groupe dans Escots S., Michels D. et Sudérie G., Étude exploratoire sur les 15-25 ans consommateurs de substances psychoactives sans résidence stable, visibles au centre ville à Toulouse, Op. Cit.

Ainsi le lien entre ces populations et les structures de soins dédiées aux usagers de drogues s'avère relativement difficile, mais semble être leur seul recours. Notons qu'il est plus facile de porter le stigmate « d'usager de drogues » que celui du « fou ».

Les CAARUD, dispositifs de premières lignes à part entière, sont donc en relation avec des usagers de drogues qui ont du mal à s'inscrire dans un lien social minimum du fait de l'absence de logement et d'une pathologie psychiatrique plus ou moins sévère.

Ils consomment majoritairement des opiacés pour calmer l'angoisse, mais aussi des stimulants et de grandes quantités d'alcool. Les drogues ne sont qu'un symptôme d'une pathologie lourde, voire une automédication des symptômes psychiatriques.

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 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.

Ces populations sont relativement mieux décrites par les équipes de maraudes des dispositifs de la grande précarité, de la Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS) et les enquêtes ethnographiques.

La majorité des professionnels décrit des problématiques d'usage d'alcool chronique et massif pour ces personnes venues d'un peu partout, d'Europe et du Maghreb. Seulement une partie d'entre elles est repérée comme usagère de drogue.

Les CAARUD ne sont pas privilégiés par ces populations, car trop marqués par le stigmate de la toxicomanie. Les professionnels rapportent aussi des descriptions de conflits dans la rue avec les personnes qu'ils accueillent dans leurs dispositifs, ce qui ne facilite pas l'accès.

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 du fait de leur statut administratif, que du fait d'une minimisation de leurs problématiques addictives.

Les insérés

Notre intérêt ne se porte pas dans cette partie sur les usages récréatifs¹², mais sur les usages engendrant des problèmes pris en charge ou non.

Repérés principalement par les CSAPA, mais aussi par la réduction des risques, particulièrement sur la question de l'échange de matériels stériles, les «insérés» constituent une catégorie large où la demande de prise en charge est centrée sur la question des psychotropes. Souvent en demande de substitution aux opiacés, ils peuvent aussi faire des démarches de soins sur la question de la cocaïne et/ou du cannabis. Souvent «polyusagers» de

¹² Cette question sera abordée dans la partie concernant « *espace festif* » dans ce rapport.

psychotropes (alcool, cannabis, cocaïne et/ou héroïne) leur problématique renvoie à des usages récurrents, puis réguliers, voire compulsifs, ayant des conséquences sur leur santé et/ou leur vie sociale.

Ces populations «insérées» au contact des dispositifs sont des héroïnomanes sous substitution, des polyconsommateurs héroïnomanes¹³, des polyconsommateurs cocaïnomanes¹⁴ ou des personnes en situation de dépendance au cannabis ou à l'alcool.

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

Rarement au centre des phénomènes émergents, ces usages sont les révélateurs des phénomènes de diffusion.

Les hyper insérés

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

Si des produits à forte valeur symbolique sont consommés parfois de manière compulsive et plus particulièrement, la cocaïne dans toutes ses modalités d'usages¹⁵, les produits renvoyant à la figure classique du toxicomane sont plutôt mis à distance : l'héroïne et ses substituts, mais aussi dans une moindre mesure le cannabis.

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

¹³ L'utilisation volontaire de cet antinomisme veut mettre en avant la polyconsommation des personnes qui décrit une problématique en lien avec un produit principal.

¹⁴ Idem

¹⁵ Pour être précis la co-consommation d'alcool et de cocaïne est au centre des consommations de cette population.

Espace Festif

À l'origine de la mise en place du programme TREND, l'espace festif d'investigation a été établi autour de la scène Techno émergente au début des années 2000. L'éclatement de la scène Techno¹⁶, 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 du fait, de l'évolution de ce mouvement culturel et de la transformation progressive des milieux au sein de cet espace ont eu pour conséquence leur élargissement. Le programme toulousain a toujours privilégié deux axes d'investigation empirique au sein de l'espace festif : le milieu alternatif et le milieu 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'enquête «QuantiFestive» et la réorganisation des méthodologies d'ethnographie dans cet espace, ont permis au programme de mettre à plat l'ensemble des «catégories» pour mieux rendre compte des observations.

Des milieux différents dans un même espace d'observation

Les dernières investigations ont souhaité recenser les diversités des *milieux festifs* au sein d'*espaces festifs* toulousains apparemment éclectiques. Il apparaît rapidement que différentes catégories de milieux sont décrites dans différents sous-espaces festifs (bar, club, free party/rave, espace public).

L'offre festive est déterminante pour comprendre l'articulation des milieux. A Toulouse, comme dans beaucoup de métropole urbaine cette offre est très diversifiée ce qui complique la catégorisation.

Ces catégories s'établissent autour de « groupes culturels homogènes » élaborés via trois axes d'observations que nous appellerons « milieux festifs »

- Le premier niveau d'observation indique que des milieux festifs peuvent s'établir en fonction des «courants musicaux». Au-delà de la musique proprement dite, ces «courants musicaux» s'établissement comme modèle d'affiliation. Plus que la musique, ils sont des vecteurs culturels qui déterminent à la fois des comportements sociaux et des modes de distinction. Les courants «musiques électroniques», les courants «rock» sont assez facilement identifiables, et constituent deux milieux à part entière. Des sous-groupes peuvent apparaître. Dans le courant «musique électronique», les milieux «alternatifs» sont à distinguer des milieux «électro - minimal». Ces groupes de populations peuvent pour la plupart être superposables à des lieux revendiquant de manière formelle ou non le vecteur culturel de référence par une

¹⁶ 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.

programmation musicale spécifique. Des espaces/temps sont aussi à repérer du fait de l'auto-organisation de nombreux événements (free).

- Le second niveau d'observation repère des spécificités de pratique de la fête plus en lien avec une identification collective de pairs ou «groupe culturel identificatoire» qu'avec un «courant musical». Là encore, l'appartenance à un vecteur culturel particulier est à l'origine de comportements sociaux et de modes de distinction. Le vecteur culturel n'est plus en synergie directe avec la musique, mais avec cette identification collective. Les milieux «gay», «afro-antillais» ou «sélect» en sont de bons exemples. Si pour certains milieux, la programmation musicale (électronique pour «gay» et «sélect») brouille les pistes, il apparaît que c'est la dimension d'appartenance aux groupes sus-décrits qui est à l'origine de la délimitation du milieu. C'est cette dimension qui doit déterminer la catégorisation.
- Le troisième axe d'observation révèle une difficulté pour catégoriser une masse importante de la population festive qui ne revendique ni une appartenance à un «courant musical», ni une appartenance à «groupe culturel identificatoire» particulier. Ces populations aux modes de socialisation «plurielle»¹⁷ décrivent leur démarche festive autrement. Les rencontres de partenaires (sexuels ou non), le rassemblement entre pairs ou la fédération autour d'un événement sont les fonctions festives les plus décrites. Le problème qui se pose alors est la définition de ce ou ces milieux croisant identité collective plus ou moins marquée et celles-ci. Au final, il apparaît que ces populations font la fête dans des lieux dits «généralistes» ou «commerciaux». Deux espaces sont clairement repérés et doivent être différenciés: les «bars/pub» et les établissements de nuit dits «Électro commercial».

Les observations précisent aussi que, plus que des lieux, ce sont des espaces/temps qui sont à déterminer. Si pour l'ensemble des événements auto-organisés cette distinction doit être établie, cette notion sera aussi utilisée à Toulouse pour le milieu «afro-antillais», par exemple, car aucun lieu n'a pu être identifié comme spécifique et il n'existe que des soirées ponctuelles.

Ces catégorisations peuvent être nuancées en terme d'appellations comme en terme de frontières. Toutefois, ces trois niveaux d'observation issus de l'ethnographie permettent de délimiter l'espace festif autour de sept milieux différents. La dimension de chacun de ces milieux en termes de volume de population est complexe à établir car les outils à notre disposition ne nous permettent pas de le faire. Certes ces milieux sont de taille extrêmement différente, mais l'homogénéité en termes de comportement festif, permet une observation rationnelle.

- Le **milieu «des personnes qui fréquentent des Pubs/bars»** regroupe un ensemble de populations ne se revendiquant d'aucun courant musical ou d'aucun groupe culturel particulier. Dans ces lieux, la musique diffusée est majoritairement de la musique dite «commerciale». Ces établissements de début de soirée, regroupent des populations potentiellement repérables au sein du milieu «électro-commercial».

¹⁷ C.f. Travaux de Lahire, mais aussi de Mead ou de Berger et Luckman

- Le **milieu «Electro-commercial»** regroupe un ensemble de populations ne se revendiquant d'aucun courant musical ou d'aucun groupe culturel particulier. Leur démarche festive se fonde sur la dynamique plurielle et ne peut se réduire à une appartenance de milieu. Les logiques qui sous-tendent ce groupe peuvent être la rencontre, la consommation de psychotropes, la dynamique de pairs du moment... Dans ces lieux, la musique diffusée apparaît être comme majoritairement de la musique électronique dite «commerciale».
- Le **milieu «Rock»** regroupe des populations revendiquant une appartenance à un «courant musical» qui est à l'origine de la définition du vecteur culturel. Ces populations estiment appartenir à une histoire du rock. Elles vivent totalement la dimension de cette «culture» rock sans discontinuité entre les moments de fête et le reste de la semaine. Des nuances doivent être apportées en termes de sous-courants musicaux au sein du milieu rock mais aussi dans les processus d'affiliation plus ou moins forts. Toutefois, les processus identificatoires sont sensiblement les mêmes. Certains peuvent être plus *expérimentateurs*, mais des références symboliques communes réunissent les participants à ces soirées.
- Le **milieu «Electro – alternatif»** regroupe des populations revendiquant une appartenance à un «courant musical» qui fait définition de vecteur culturel. Deux sous-populations définies par TREND peuvent y être identifiées: les *fondateurs* et les *expérimentateurs*¹⁸. Ces populations estiment appartenir à l'histoire de l'underground et se sentent les héritières des mouvements hippies et punk des années 80. Les *fondateurs* forment le noyau dur du mouvement et constituent des modèles identificatoires pour les populations plus périphériques de la mouvance électronique alternative. Ils vivent totalement la dimension contre-culturelle aussi bien le temps de la fête que le quotidien. La différence avec les *expérimentateurs* se situe à ce niveau. Ces derniers vivent plus en conformité avec les normes de la société, mais s'inscrivent plus dans un cadre d'opportunité de faire la fête autrement que dans une véritable affiliation identitaire¹⁹. *Fondateurs* et *Expérimentateurs* s'inscrivent dans des références symboliques et des processus d'affiliation plus ou moins importants à l'origine de comportements festifs et de processus de distinction identiques.
- Le **milieu «Electro – minimal»** est constitué d'amateurs de musique électronique. Ce milieu est au croisement des groupes d'affinités «soirées urbaines» et «clubbing» définis dans l'étude de Catherine Reynaud en 2005²⁰. L'adhésion à tel ou tel espace de fête est en lien direct avec la qualité de la programmation musicale à la différence du milieu «électro-commercial». Quelques établissements (club+bar) sont repérés mais ce sont des soirées spéciales organisées dans des établissements aux programmations plus larges habituellement, qui rendent visible ce milieu. Esthètes de la musique électronique, ces populations ont un réel pouvoir d'achat.
- Le **milieu «Gay»** est un milieu à part entière. À première vue, la proximité des milieux «électronique» et «gay» n'inviterait pas à une spécification plus aboutie. Pour

¹⁸ TREND 2008

¹⁹ C.f. TREND 10 ans

²⁰ Catherine Reynaud

autant, les derniers travaux TREND²¹ ont invité les ethnographes à s'interroger sur une particularité. A la lecture de la littérature en la matière corroborée par les investigations en 2011 sur le site, les observations ethnographiques indiquent que ce milieu «gay» construit empiriquement se décline en deux sous milieux. Un milieu proche ou similaire aux milieux «électro-commercial» ou «électo-minimal» voire «alternatif» et un autre milieu, plus petit, avec des spécificités en termes de profils de population et de comportements d'usage. Si le premier milieu pourrait être documenté par les investigations des milieux précités, le second nécessite des observations à part entière.

- Le **milieu «Sélect»** s'organise autour de soirées regroupant entre 50 à 300 personnes rarement plus. Toutefois, la taille modeste des établissements donne l'impression de grande affluence même avec 200 entrées. Il apparaît clairement que la population présente est issue d'un milieu économique et social favorisé. On note la présence de jeunes de 17 à 25 ans dans certains établissements et de personnes de 25 à 45 ans dans d'autres. Chaque établissement a ses codes de conduites et ses codes vestimentaires. Il y a autant de filles que de garçons. L'entrée est difficile pour les non-initiés. Le passage de la porte est une étape délicate les soirs d'affluence comme les soirs calmes. Ces soirées sont donc composées, en grande partie, par des gens qui se connaissent et qui se retrouvent selon leurs habitudes, une à plusieurs fois par semaine. Une personne qui entre dans un établissement de ce type n'entre pas forcément dans d'autres lieux similaires.

D'autres milieux sont repérés par les observateurs ethnographiques mais sont très difficilement accessibles en raison des méthodologies d'investigation actuelles. Les milieux «**Latino**», ou «**Afro-antillais**» s'organisent autour de restaurants et de soirées à thème dans de grands établissements toulousains. Il peut exister des établissements, mais l'ethnographie n'en a pas directement observé. La programmation musicale est à l'origine du projet festif avec une cohérence forte entre l'ensemble des membres.

D'autres sous milieux peuvent être cités par certains informateurs ou professionnels. Les populations qui constituent ces sous-milieux peuvent être repérées dans les grands ensembles déjà précités.

L'observation de ces différents milieux donne une photographie quasi-exhaustive de l'espace festif toulousain.

Le poids de chacun des milieux en termes quantitatifs n'est absolument pas le même. Les milieux «Pub/Bar» et «Electrocommercial» constituent la plus grande partie du milieu festif toulousain.

Évolutions observées au sein de l'espace festif

²¹ C.f. TREND 10 ans

Milieu gay et usage de drogue en contexte sexuel

La question d'un «milieu gay» a toujours fait débat à Toulouse entre les différents observateurs. Il apparaît dès le début des investigations dans l'espace festif «commercial» que différents établissements revendiquant une identité «gay» ou «gay friendly» existent. Ces lieux décrits depuis plusieurs années font l'objet d'investigation par les observateurs TREND sans qu'on puisse noter de différences particulières en termes d'usages avec d'autres milieux électroniques.

Des lieux festifs publics de consommations de psychotropes dans le cadre de pratiques sexuelles n'étaient quasiment jamais repérés. En 2008, quelques signalements de G-Hole par le SAMU avaient alerté l'attention sur ces lieux qui potentiellement pouvaient être révélateurs de consommations spécifiques. En définitive, sûrement par manque de relais d'observations et d'informateurs clés, les observations en «milieu gay» se réduisaient aux observations menées dans les établissements dits de ce milieu.

En 2011, des espaces/temps de fêtes où les consommations de psychotropes se font dans des contextes sexuels²² sont décrits par l'ethnographie et des acteurs de la réduction des risques. Des espaces privés connus via les réseaux sociaux sont au centre de ce type d'organisation. Entre soirées privées et lieux publics du fait de leur publicité sur Internet, ces espaces/temps peuvent réunir un certain nombre de personnes qui ne se connaissaient pas auparavant. Décrit à la marge jusqu'alors, mais mal documenté par les investigations précédentes, le modèle d'organisation de ces événements met à mal les actions de prévention et de réduction des risques.

Milieu festif «minimal»

Il est toujours difficile de différencier les phénomènes nouveaux des phénomènes que l'on découvre. C'est le cas pour ce milieu dit «minimal». Décrit dans le paragraphe précédent, il apparaît au fil des dernières investigations.

Les populations qui constituent ce milieu sont jeunes (entre 18 et 25 ans), et ont plus de 30 ans. Plutôt insérés, étudiants pour une grande majorité, ou jeunes travailleurs ils participent régulièrement à des soirées «minimales» toutes les semaines organisées dans différents lieux à Toulouse. Les psychotropes stimulants, la MDMA et la cocaïne sont les produits les plus consommés. D'autres psychotropes issus d'Internet, achetés directement en ligne ou auprès d'un intermédiaire, sont repérés. Le 4-Meth en est l'exemple typique.

Recentrage de la fête alternative au sein d'espaces privés

Le recentrage des espaces festifs, de l'espace public à l'espace privé a un impact sur les usages. L'impact de la crise sur les modes de réalisation de la fête²³ 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 mais les amphétamines (speed) et le LSD peuvent être aussi

²² C.f. Enquête de Fournier et Escots sur le milieu gay

²³ Suderie G., *États des lieux concernant les usages de drogues à Toulouse*, TREND, Janvier 2011 (p.28)

consommés. 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 ce produit et que s'il voyait quelqu'un en vendre, il lui dirait 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 (sniffe), le MDMA, le LSD (trip le plus souvent, goutte) et occasionnellement des champignons (d'ici ou d'ailleurs).

La kétamine n'est jamais citée dans ces espaces de fêtes. Son utilisation est réservée à des milieux culturels particuliers²⁴.

En conclusion, le recentrage de la fête alternative au sein d'espaces plus privés modifie les usages de drogues. Ces transformations élargissent les champs des possibles en termes d'usage car le contrôle social est moins contraignant. Ces conditions génèrent de nouvelles vulnérabilités à des usages à risques.

Les formes de la privatisation des événements festifs sont de plusieurs ordres allant de la réunion en appartement, jusqu'à l'organisation de fêtes de plus grande ampleur à la campagne.

Il est ici question plus particulièrement de soirées 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, de 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 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 «teufer 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.

²⁴ Op. Cit. p.73

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, 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.

Espace Rural

Faut-il parler d'un espace rural? S'il n'y a aucun doute sur les consommations de psychotropes à Auch, à Tarbes ou en Ariège, leurs formes, autrement dit, les modalités d'usage, le rapport au trafic entre autres choses, sont-elles spécifiques?

Les études épidémiologiques sur les questions de tabac, d'alcool et de cannabis²⁵ indiquent qu'il n'y a pas de spécificités entre les résultats observés à Toulouse (métropole régionale) et au sein des différentes préfectures des différents départements de Midi-Pyrénées. Cette étude indiquait que plus que les territoires, ce sont les inégalités sociales de santé qui constituent les variables des différents usages de psychotropes.

Toutefois, concernant l'espace rural, il apparaît que deux typologies de territoires sont à interroger. Bien qu'il soit difficile de définir la notion de «ruralité», deux situations sont à différencier : les populations qui vivent dans la ville principale du département et celles qui vivent en dehors de cet espace urbanisé («campagne»).

Du fait de cette double typologie du monde rural et du manque de connaissance des profils des usagers, des organisations des trafics, des structurations, des polyconsommations, il apparaît nécessaire d'aller décrire pour comprendre.

Migration de la ville vers la campagne ?

Les acteurs des CAARUD toulousains repèrent des évolutions dans les modalités d'utilisation de leurs services. *«On a plus de personnes itinérantes, 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 par l'emploi, mais non par 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. Ce sont les pharmacies qui sont alors 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».*

La plupart du temps, les personnes ne viennent pas à Toulouse pour chercher du matériel. Lorsqu'elles sont à Toulouse elles en profitent pour passer au 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 injecteurs de Subutex® est : *«visite chez le médecin et passage au CAARUD pour matériel d'injection».*

²⁵ Traitement de l'enquête HBSC/ORSMIP

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 plusieurs années est à mettre en parallèle avec la migration de populations précaires en zone périphérique.

Les acteurs hors du champ des toxicomanies interrogés sur le sujet confirment ce phénomène qui éloigne certains 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, des jeunes en situation d'errance, ces groupes se sédentarisent loin des lieux qu'ils pourraient solliciter comme ressources.

Cet éloignement géographique est à prendre en compte comme élément se surajoutant aux problèmes individuels de 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*».

Espace rural comme espace d'investigation

Comme dans l'espace festif, l'évolution des phénomènes et les indicateurs repérés dans l'espace rural invitent à développer un nouvel intérêt pour ces territoires. Trois indicateurs clairs confirment cette nécessité :

- L'élargissement de la collecte SINTES Héroïne au Tarn et plus particulièrement aux deux villes de Castres et de Mazamet indique une réelle disponibilité. Les échantillons collectés n'ont pas de spécificité par rapport à ceux collectés à Toulouse. Idem concernant les profils des usagers.
- Depuis 2005, une antenne d'un CCAA est installée à Saint-Gaudens à une centaine de kilomètres au Sud de Toulouse. Ce CCAA, spécialisé sur les problématiques d'alcool est depuis 2010, un CSAPA généraliste prenant en charge toutes les situations d'addiction. Parallèlement, une antenne de moins grande importance s'est installée à Muret, ville de la périphérie de Toulouse. Les professionnels de ces dispositifs décrivent un volume important (300 personnes en file active) de demandes de prise en charge sur les questions d'alcool, mais également de toxicomanie. Ce sont des éléments de preuve sur les problématiques addictives du monde rural.

- Enfin, les données de l'ARS par bassins de santé concernant le nombre de patients ayant eu un remboursement de MSO confirment l'extension du phénomène. En Haute-Garonne, seul 59% des patients ayant un remboursement de BHD habitent à Toulouse. Les 41% restant concernent des zones rurales mais ces zones peuvent être très différentes. Au sein de tous les bassins de santé de Midi-Pyrénées apparaissent des personnes ayant un remboursement de MSO, sans lien avec la taille de celui-ci.

Peut-on émettre l'hypothèse que ces investigations permettront de détecter des phénomènes émergents? À ce stade, cela semble peu probable. Pour autant, les questions de diffusion de phénomènes déjà connus permettront d'amener des éléments de compréhension au phénomène dans son ensemble.

Marché des drogues et organisation des trafics

Peu de changements notables apparaissent quant à la circulation des produits. La proximité de l'Espagne associée à un trafic provenant de Hollande et de la Belgique constitue les deux axes principaux du trafic de drogue à Toulouse.

En dehors du trafic de cannabis, les observateurs décrivent de multiples structures de petite taille (5 à 10 personnes maximum) dans différents quartiers populaires. Il est rare pour ces observateurs de découvrir une organisation pyramidale derrière les trafics de cocaïne et d'héroïne. Ces observateurs confirment les observations TREND de ces dernières années. La mise à mal de ce type de structuration se répercute rarement sur la disponibilité car un autre réseau le remplace très rapidement.

Nouveau mode de micro trafic pour cannabis et cocaïne

Un nouveau mode d'approvisionnement en cocaïne est décrit. Un échange par voie postale de cannabis/cocaïne ou argent/cocaïne est repéré avec la Guyane. Les colis de 200g au maximum sont envoyés à l'adresse d'un intermédiaire dédommagé, puis récupérés par l'instigateur du trafic. Pour un observateur du GFR *«Un envoi de 200g ne semble pas beaucoup mais répété toutes les semaines, ça fait presque 1kg tous les mois de cocaïne ayant une forte teneur...»*. Il apparaît là encore que réduire le trafic exclusivement aux quartiers populaires n'a pas de sens puisque, c'est en d'autres lieux que cet échange postal a lieu.

La livraison de cannabis et de cocaïne à domicile sur le modèle des livreurs de pizza est clairement décrite par les observations ethnographiques et les éléments rapportés par le GFR et les professionnels du soin. Depuis longtemps suspecté, ce phénomène est bel et bien réel particulièrement pour des populations ayant un fort pouvoir d'achat. Peu enclin à se rendre dans les lieux de deals, un coup de fil permet aux plus initiés d'être fourni dans l'heure.

L'héroïne plus présente qu'auparavant

«On n'a pas forcément plus d'affaires, mais on a l'impression que le trafic au niveau de l'héroïne est à nouveau très répandu à Toulous, 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.

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.

Les axes traditionnels de trafic de drogues concernant le site sont l'axe espagnol et l'axe Belgique/Hollande. L'axe espagnol fournissait peu le site en héroïne mais se spécialisait sur le cannabis et depuis quelques années sur la cocaïne²⁶

²⁶ Rapport TREND 2007, 2008, 2009 site de Toulouse

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, 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 y accéder. 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 qualité²⁷ est disponible sur le site tout au long de l'année 2010.

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».

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.

²⁷ C.F. Partie héroïne

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 délictueuses, 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.

Prix

	Prix relevés	Commentaires	Sources informations
Héroïne	Prix bas : 30 euros/g (-) Prix haut : 60 euros/g (-) Prix courant : 40 euros/g (---)	Le prix moyen est indiqué à la baisse avec des écarts très importants de prix selon la quantité achetée.	RDR - GFR Ethnographie Sanitaire
BHD	<i>Subutex®</i> : Prix bas : 3 euros (-) Prix haut : 10 euros Prix courant : 5 euros (----)	Une baisse du prix moyen.. En 2008, le prix moyen était de 8 euros dans un contexte réglementaire local différent	RDR Ethnographie Sanitaire
	<i>Générique</i> : ? euros	Aucune citation d'achat de BHD sous forme générique®	RDR Ethnographie
Méthadone	Prix bas : 10 euros (+) Prix haut : 15 euros Prix courant : 20 euros (+)	La gélule est disponible sur le marché de rue. Cette forme galénique n'a pas d'impact sur le prix.	RDR - GFR Ethnographie Sanitaire
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 : 50 euros/g (+++) Prix haut : 100 euros/g (+++) Prix courant : 60 euros/g	Il n'y a plus de lien entre le prix et la qualité et donc la teneur. Les prix augmentent globalement pour des qualités qui restent aléatoires mais majoritairement meilleures	RDR Ethnographie Informateurs Clés GFR
MDMA	MDMA poudre Prix bas : 50 euros/g (+) Prix haut : 60 euros/g (----) Prix courant : 60 euros/g (+)	Produit disponible et décrit comme de bonne « qualité »	RDR Ethnographie GFR
	<i>Ecstasy (comprimé)</i> Prix bas : 7 euros Prix haut : 10 euros Prix courant : 10 euros	Peu disponible sauf en grande quantité sur des soirées particulières	RDR Ethnographie
Speed	Prix bas : 10 euros/g Prix haut : 20 euros/g (-) Prix courant : 15 euros/g	Produit peu cité	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 : 40 euros/g (-) Prix haut : 60 euros/g Prix courant : 50 euros/g	Ces prix sont sous la forme « poudre » et au gramme. Ce marché est en forte progression.	Ethnographie RDR - GFR
Cannabis	Prix bas : 6 euros/g (résine) (++) Prix haut : 15 euros/g (herbe) Prix courant : 8 euros/g (++)	Évolution du marché avec une présence permanente de l'herbe qui, plus chère, augmente de fait le prix moyen du cannabis. Les résines à 3 euros ne sont plus citées	RDR Ethnographie Sanitaire GFR

Approche par produits

Les connaissances du phénomène de drogue permettent d'associer la réalité toulousaine aux données de la Région.

Deux phénomènes sont à différencier. D'un côté les grandes tendances repérables et décrites par l'épidémiologie (les usages de tabac, alcool, cannabis, parfois associés) et d'un autre côté des phénomènes proportionnellement plus réduits en termes de prévalence (les autres produits psychoactifs), mais qui nécessitent une action complexe des services spécialisés du fait d'une généralisation des polyconsommations et des problèmes sociaux voire de troubles psychiques. L'enquête NEMO²⁸ permet d'estimer le nombre d'usagers de drogues hors tabac, alcool et cannabis. Pour Toulouse, l'enquête de 2006 estimait une population d'usagers de drogues aux alentours de 5000 personnes. L'enquête de 2011 envisage une population plus importante.

De manière générale, il n'y a pas de spécificité forte concernant les consommations de substances psychoactives à Toulouse.

Expérimentation des substances psychoactives selon l'âge et le sexe en Midi-Pyrénées en 2010 parmi les 18-64 ans (en %)								
	Sexe			Age				
	Ensemble (n=1423)	Hommes (n=665)	Femmes (n=758)	18-25 (n=169)	26-34 (n=231)	35-44 (n=340)	45-54 (n=311)	55-64 (n=372)
Alcool	96.3	97.8	94.7	95.8	95.4	96.1	96.7	97.3
Tabac	81.0	82.6	79.3	82.6	81.9	75.2	87.0	78.8
Cannabis	36.2	44.1	28.2	54.3	56.8	41.2	25.6	9.8
Poppers	6.5	9.9	3.2	11.6	15.1	5.5	1.7	1.8
Cocaïne	4.4	6.9	1.9	7.7	9.8	2.6	2.8	1.0
Champ, hall	3.3	4.7	1.9	2.3	10.9	1.9	1.7	0.8
Ecstasy/MDMA	2.8	4.2	1.4	3.9	7.5	2.1	1.1	0.5
Colles et solvants	2.7	4.3	1.1	2.1	6.9	1.7	2.7	0.6
LSD	2.5	3.9	1.1	0.9	7.0	1.6	1.7	1.6
Amphétamines	1.8	2.5	1.2	1.4	4.8	0.4	1.4	1.8
Héroïne	1.2	2.1	0.2	1.9	1.9	0.4	1.4	0.5

Source : Baromètre santé Midi-Pyrénées 2010 - Orsmip

²⁸ Enquête NEMO 2011, en cours de parution.

Le tabac et l'alcool

Le programme TREND n'a pas pour mission de documenter les questions de tabac, toutefois, rappelons qu'en France, le tabac tue un consommateur sur deux, il est responsable de 70 000 morts par an (200 morts par jour).

Il en est de même concernant les questions autour de l'alcool. Les investigations TREND repèrent au travers des recueils ethnographiques, des entretiens auprès des professionnels du soin et de la réduction des risques un certain nombre d'éléments. Ce phénomène est tellement important en terme d'usage qu'il serait vain de vouloir décrire toutes les typologies, les contextes et les fonctions d'usages de ce psychotrope culturellement admis à l'origine de problématiques de santé multiples et majeures (addiction, souffrance psychique, problèmes somatiques).

Tabac

Dans le dernier baromètre santé 2010, le tabagisme est globalement en ré-augmentation, avec une nette différence selon le statut socio-économique. Les personnes qui fument davantage restent les précaires, les chômeurs, les femmes entre 45 et 55 ans.

Selon les indicateurs et les classes d'âge, entre 25 et 30% de la population, quel que soit l'échelon territorial, consomme quotidiennement du tabac.

En Midi-Pyrénées²⁹, les jeunes fument plus régulièrement que les plus de 44 ans et automatiquement la proportion des anciens fumeurs est plus importante après cet âge. Soulignons aussi que l'usage occasionnel est faible quel que soit l'âge. Soit on fume régulièrement (en moyenne 13,8 cigarettes par jour), soit on ne fume pas. L'expérimentation devient donc un facteur de grande vulnérabilité à l'inscription dans des carrières tabagiques chroniques.

Notons une évolution nette des comportements d'usage quotidien à 15 ans (17%)³⁰ et qui progresse jusqu'à 17 ans (31%)³¹. Cette proportion se stabilise aux alentours de 32,8%.

Par ailleurs, soulignons que **le tabac est le seul psychotrope consommé autant par les femmes que les hommes**. Midi-Pyrénées n'a pas de particularité en la matière.

Alcool

Rappelons que concernant les consommations d'alcool quotidiennes, l'ensemble des travaux³² sur Midi-Pyrénées indique qu'elles restent toujours plus élevées dans la Région qu'au niveau national (15% MP contre 11% en France). Pour autant, ce phénomène n'est pas nouveau. C'est le changement des modes de consommation chez les moins de 35 ans qui est le phénomène le plus remarquable ces dernières années. Ces études indiquent que la baisse de l'usage régulier est à mettre en perspective avec un niveau élevé des ivresses répétées (6% en

²⁹ Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites en populations adulte – Analyse du Baromètre Santé - ORSMIP/Graphiti

³⁰ HBSC 2007 exploitation régionale ORSMIP.

³¹ ESCAPAD 2008, exploitation Midi-Pyrénées, OFDT.

³² Consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites en populations adulte – Analyse du Baromètre Santé - ORSMIP/Graphiti

2005 contre 9% en 2010, peu importe le territoire) et plus particulièrement chez les hommes (plus de 20% chez les hommes de moins de 35 ans). Très documenté jusqu'alors chez les adolescents, le Baromètre Santé de 2010 indique que la hausse des déclarations d'ivresses répétées ou régulières est observée aussi chez les moins de 35 ans, en France comme en Midi-Pyrénées.

Les dernières investigations TREND décrivent en creux les usages d'alcool. L'omniprésence de l'alcool dans l'ensemble des polyconsommations tout espace et tous milieux confondus oblige les observateurs à mentionner le phénomène.

Deux axes seront retenus dans le cadre de ce rapport car ils constituent une clé de compréhension dans l'articulation des polyconsommations de psychotropes problématiques ou non.

-Le premier concerne l'utilisation massive d'alcool comme la variable d'ajustement des modifications des états de conscience. La disponibilité et l'accessibilité aléatoires aux drogues, du fait d'un marché irrégulier et d'un pouvoir d'achat à la baisse chez les usagers de drogues obligent ces derniers à modifier leur état de conscience par une hausse des usages d'alcool.

Un autre phénomène repéré depuis longtemps concerne les patients pris en charge en TSO. Les professionnels indiquent régulièrement une hausse, des usages d'alcool soit à l'initialisation du traitement méthadone ou BHD, soit sur des périodes plus ou moins longues. Ces professionnels constatent qu'il n'est pas rare que, de ce fait, l'alcoolisme devienne le premier problème pour ces patients à l'origine traités pour des problèmes en lien avec l'usage d'opiacés.

Il n'est pas rare aussi que les professionnels en addictologie reçoivent des personnes sur des questions d'alcool, et qu'ils s'aperçoivent que leurs difficultés sont en lien étroit avec une ancienne dépendance aux opiacés.

L'ensemble de ces éléments sont autant de constats qui laissent dire aux professionnels en addictologie qu'aujourd'hui l'alcool est le premier problème des personnes qu'ils reçoivent. Soit ce sont des personnes avec un problème d'alcool, soit ce sont des toxicomanes qui sont devenus alcooliques.

-Le second concerne la hausse du phénomène d'ivresse repéré par les enquêtes épidémiologiques chez les adolescents et les jeunes adultes. Une confusion apparaît souvent entre ce phénomène et le «binge drinking» anglo-saxon. Les observations ethnographiques dans l'espace festif du programme toulousain indiquent que le «binge drinking» anglo-saxon n'existe pas. En effet, ce phénomène défini à l'origine par la consommation de verres d'alcool très rapide (verres alignés et bus dans l'instant) dans un but exclusif de «défonce» n'est observé qu'à la marge. Si la littérature grise et les médias ont progressivement modifié cette définition pour la rapprocher de «l'alcoolisation massive» ou «l'intoxication aiguë» d'alcool, ce n'est pas la vision des usagers. Le «binge drinking» s'inscrit dans des contextes et des fonctions particuliers d'«alcool défonce». Certains observateurs emploient même l'expression «d'utilisation d'alcool comme une «drogue dure»». Durant les investigations TREND qui ont cette année traversé tous les milieux de l'espace festif, il n'en est rien, ni dans les observations directes, ni dans les discours des personnes. Toutefois, un modèle acculturé de

consommations massives dans un temps court est bien réel. En effet, les observations menées sur le site de Toulouse indiquent que le phénomène d'alcoolisation ponctuel est progressif tout au long de la soirée. «19h, apéro, 21h, repas ou grignotage, 22h bar, minuit arrivée dans un premier club, 3h arrivée dans un second club, 6h after» est grossièrement ce qui rythme une soirée classique pour la quasi-majorité des situations de fêtes, tous modèles culturels confondus. Toutefois, chacun peut arrêter son parcours à l'heure qu'il souhaite.

Le résultat est le même à la fin, les taux d'alcoolémie pour les usagers sont élevés. Pourtant, la forme de consommation, les contextes et les fonctions d'usage ne sont strictement pas les mêmes que dans le modèle anglo-saxon, qui en France, rappelons-le, peut exister à la marge.

Cette différence a un impact sur les messages de prévention qui pourraient être élaborés. Les observations menées à Toulouse auprès des usagers confirment que le «binge drinking» ne les concerne pas, même s'ils indiquent qu'il n'est pas rare que leur consommation d'alcool soit excessive lors de soirées festives. Dès lors, sensibiliser aux risques de comportement auquel les usagers ne s'identifient pas met à mal l'impact que pourrait avoir le message de prévention sur la «biture express».

Cannabis

Le cannabis connaît une prévalence importante, particulièrement chez les moins de 35 ans, ce qui positionne ce phénomène dans une dimension proche de celle des psychotropes légaux. Il est notable que la tendance à la baisse des consommations de cannabis repérée précédemment par les études ESCAPAD³³³⁴ est aussi repérée par Baromètre santé au niveau national³⁵. Cette tendance à la baisse est toutefois contredite par une dernière étude ESPAD³⁶ publiée en 2012. Remarquons aussi que si les niveaux d'expérimentation sont élevés (36% en MIP contre 33% en France), seulement 8% des usagers de cannabis ont consommé dans l'année et 5% dans le mois précédant l'enquête et ce, de la même manière en Midi-Pyrénées qu'au plan national. Il apparaît clairement que l'inscription dans des carrières d'usage n'est pas automatique, même pour des personnes qui ont eu une première expérience d'usage.

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 important. 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 un 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.

«Ce» cannabis semble évoluer quant aux 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 «habités du cannabis»³⁷, appartenant à des réseaux de diffusion particuliers décrivent tous ce phénomène. Ces consommateurs qui ont de longues carrières

³³Stéphane Legleye, Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet, Cécile Laffiteau, Les drogues à 17 ans - Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008, Tendances n° 66, OFDT, 6 p. Juin 2009

³⁴ Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet, Marie Line Tovar, Premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011, Note de synthèse, décembre 2011

³⁵ François Beck, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard (INPES) Marie-Line Tovar, Stanislas Spilka (OFDT), Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé, Tendances n° 76, OFDT, 6 p. Juin 2011

³⁶ [Premiers résultats du volet français de l'enquête ESPAD 2011](#), note de synthèse, mai 2012 - OFDT - St Denis.

³⁷ Reynaud-Maurupt C., *Les habitués du cannabis – une enquête qualitative auprès des usagers réguliers*, 2009, Saint-Denis, OFDT 312p.

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, 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 modérés dans l'affirmation d'évolution 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.

La large diffusion de ce produit, 620000 expérimentateurs en Midi-Pyrénées en 2010 pour 40000 usagers réguliers, pouvait laisser à penser que si une évolution apparaissait, elle se serait inscrite dans une évolution progressive tendancielle.

Il n'en est rien. L'évolution est rapide. Le nombre de citations de fortes teneurs de THC est à la hausse. Les enquêtes ethnographiques dans l'espace urbain comme dans l'espace festif, les acteurs du groupe focal répressif et quelques informateurs du sanitaire insistent sur l'évolution des discours des usagers.

Marché

Depuis des années, les discours relèvent une forme de permanence de deux grands réseaux de marché.

Le *premier marché* concerne des usagers novices ou alors à des consommateurs expérimentés qui veulent pallier un problème d'approvisionnement de leur revendeur habituel. Cette résine de cannabis appelée parfois «commerciale» était jusqu'à présent relativement peu chère (entre 3 et 5 euros), parfois un peu plus, mais réputée de «mauvaise qualité». Les achats peuvent se faire en appartement, sur rendez-vous ou dans la rue dans des lieux connus de tous. Souvent approvisionné par des filières issues des quartiers sensibles de Toulouse (Grand Mirail et Quartier Nord), ce cannabis est vendu à l'intérieur de ces quartiers, mais aussi en dehors, un peu partout dans la ville, dans les espaces publics comme privés.

Le *second marché*, plus confidentiel, avec une accessibilité plus faible pour un public lambda, est aussi à l'origine de la grande disponibilité de ce produit sur le site. Ici résine et herbe peuvent être disponibles selon les périodes de l'année, assurant aux usagers un accès à un cannabis de bonne «qualité». La hausse, ces dernières années, de la présence d'herbe en toute saison pouvait être mise en parallèle avec l'évolution des cultures locales de plants de cannabis. Réduire le marché du cannabis aux «quartiers» serait une erreur. Toutefois, la quantification de la mise sur le marché de cannabis par tel ou tel réseau est un exercice impossible. L'autoculture (pour l'herbe) et des réseaux individuels en lien avec l'Espagne, la Belgique et la Hollande (pour la résine) sont les deux modes d'approvisionnement de ce deuxième marché.

De temps à autre, il pouvait être question de pénurie. Jusqu'alors, peu de discours évoquaient les «qualités» si ce n'est à la marge. Ils décrivaient un produit plus concentré qu'un autre sur une période déterminée.

Les dernières investigations TREND indiquent une articulation entre les marchés qui reste globalement la même, mais l'ensemble des observateurs décrit trois évolutions majeures.

La disponibilité globale ne semble pas évoluer et les observateurs ethnographiques comme les acteurs du GFR indiquent la présence permanente d'herbe de cannabis. Toujours préférée à la résine par les usagers, pour des raisons symboliques (naturelle, bio, non coupée...), cette herbe de cannabis prend une place beaucoup plus importante dans le ratio entre résine et herbe.

Parallèlement, et comme d'autres sites TREND l'ont décrit dès 2010³⁸, il apparaît dans les discours la description de cannabis plus fortement concentré.

C'est un des éléments principaux³⁹ que retiennent spontanément les observateurs (ethnographie et GFR). L'ethnographie décrit une montée en gamme des qualités de cannabis, «*le commercial rattrapant la «patate»*», les analyses du laboratoire toxicologique de la police confirment cette évolution. Les résultats d'analyse indiquent une hausse moyenne des concentrations de THC des produits saisis.

La troisième évolution décrite par les observateurs explique, en partie, les deux premières tendances. Si l'autoculture désigne la culture de cannabis par un particulier en plein air ou en intérieur (dite dans ce cas en placard), une sous-forme de ce modèle se développe largement, la culture commerciale locale. Il n'est plus question ici de placard, mais de mètres carrés dédiés au commerce et non plus à l'usage pour soi et son entourage. La généralisation de l'autoculture par les usagers les plus expérimentés ou les plus audacieux et les organisations de trafic à partir d'une culture commerciale locale sont à l'origine d'une réelle évolution du marché et donc des usages. La maîtrise des récoltes et des taux de THC par ces cultivateurs permet de faire évoluer l'offre et, de fait, la demande.

Les observateurs décrivent une hausse de la qualité de la résine faisant suite à la hausse de la qualité de l'herbe et de son accessibilité plus régulière. Soit nous sommes face à une adaptation du marché d'importation, plus exigeant avec les fournisseurs car la concurrence de l'herbe a mis à mal leur commerce, soit nous observons une culture commerciale locale qui produit de la résine. A ce stade, rien ne peut permettre d'envisager l'une ou l'autre des hypothèses. Il est aussi possible que les deux phénomènes se rejoignent. Dans tous les cas, les «qualités» et, de fait, les taux de THC supposés des résines de cannabis issus du *premier marché* dit «commercial» ont évolué nettement à la hausse pour un prix un peu plus élevé, mais toujours accessible (5-8 euros). Parallèlement, le *second marché* permet l'accès à des cannabis (herbe et résine) dits «*très fortement concentrés*» de manière permanente pour des prix légèrement à la hausse (8 à 12 euros, résine).

Concernant le microtrafic, la livraison à domicile est décrite par différents observateurs. Ce phénomène n'est apparemment pas nouveau, mais c'est la première fois que les investigations le repèrent.

³⁸ Tendances n°78, OFDT

³⁹ Ce n'était pas le cas lors des investigations de 2010

Usage, usagers, modes d'usage, perception et conséquences

Les usages de cannabis sont depuis longtemps bien connus par les observateurs du phénomène. Toutes les populations observées ne se comportent pas de la même façon avec le cannabis.

Pour les populations les plus précaires de l'espace urbain, le cannabis est loin d'être le premier produit de consommation. A l'inverse, ne pas fumer du cannabis dans certains milieux de l'espace festif alternatif regroupant les plus jeunes est une anomalie culturelle.

Les outils d'investigation TREND trouvent rapidement leurs limites dans les descriptions fines des populations. Pour autant, une récurrence apparaît. Plus les usagers sont polyconsommateurs, plus ils délaissent les usages de cannabis, et ce, quels que soient les espaces d'observation.

Toutefois, l'efficacité des modifications des états de conscience grâce à des produits plus fortement concentrés lui redonne un nouveau statut car une partie des personnes qui se «lassaient» de la médiocrité des produits circulants avaient presque abandonné son usage.

Les modes d'usage n'évoluent pas, la cigarette concerne la quasi-totalité des usages. Quelques citations indiquent des utilisations de pipes à eau pour les plus jeunes, mais aussi dans certains contextes festifs en appartement ou pour des fonctions de défonce.

De nombreux discours font état d'une part importante des usagers modifiant leur pratique du fait de la hausse de la concentration des produits en circulation. À de nombreuses reprises, des usagers expriment leur «étonnement» face à la puissance du produit allant jusqu'à faire attention à la quantité qu'ils utilisent dans la fabrication de leur cigarette.

Pour les soignants en addictologie, deux types de profil sont pris en charge en lien avec l'usage de cannabis.

La première population, la plus importante, est liée à l'orientation par la justice de jeunes expérimentateurs ou usagers occasionnels de cannabis. La venue dans un centre de soin se fait par injonction, la prise en charge d'une problématique peu évidente est difficile. Pour ces professionnels, *«soit ça met les idées en place et les gens décident d'arrêter, finalement par eux-mêmes, comme un rappel à la loi, presque plus efficace, soit ça ne sert à rien parce qu'après ils ne reviennent pas»*. Ces populations, plutôt jeunes ont rarement de stigmates culturels. Il n'a pas été rare de les croiser lors des phases ethnographiques de l'enquête quantitative.

La seconde population prise en charge, toujours en addictologie, concerne des personnes qui consomment 15 à 20 joints par jour et s'inscrivent dans des problématiques chroniques de dépendance et pour une part de toxicomanie.

Notons qu'à la différence de l'alcool, les professionnels de l'addictologie indiquent rarement des situations de consommations problématiques de cannabis chez les polyconsommateurs toxicomanes.

Pour les soignants de la psychiatrie, des jeunes gens, fumeurs de cannabis, sont *«régulièrement»* pris en charge par leurs services. Les dernières observations, peut-être plus orientées sur ces services, mettent en lumière plus que par le passé ce phénomène déjà largement documenté par ailleurs.

Cocaïne/Crack

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

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

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

Abstraction faite d'une courte période située aux alentours de la Première Guerre mondiale, la consommation de cocaïne est restée modérée et n'a jamais été considérée comme un problème majeur de santé publique. Jusqu'au début des années 90, son usage a toujours été largement devancé par celui des opiacés. A cette période, on assiste non seulement à l'élargissement de la diffusion de la forme chlorhydrate de la cocaïne (poudre), mais aussi à l'émergence puis à l'élargissement relatif de la forme basique (*free base* ou *crack*).

Entre 2006 et 2009, l'accroissement de la présence de la cocaïne sur le site était le phénomène marquant. Aujourd'hui, la cocaïne ne marque plus les esprits. Il est rare que les informateurs l'évoquent spontanément.

On ne peut pas penser que le phénomène régresse, car les travaux épidémiologiques indiquent le contraire. Il est probable que ce produit aux multiples fonctions d'usage, plus incluant qu'excluant des règles sociales, passe presque inaperçu aux yeux des observateurs. Seuls les membres du GFR indiquent les problèmes de lutte contre la structuration du trafic sur le site comme un élément majeur de l'année.

Parallèlement, depuis 2009, la récurrence des citations indiquant des consommations de crack a interpellé les observateurs. L'émergence d'un marché du type décrit dans le Nord-Est parisien ou son acculturation en province a été au centre des dernières investigations.

La grande majorité des usagers différencie les différentes formes basées de la cocaïne dans des schémas de représentations spécifiques.

Cocaïne chlorhydrate, le phénomène le plus répandu

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 avoir expérimenté ce produit⁴⁰. En 2010, l'OFDT estime à 400 000 le nombre de personnes l'ayant expérimenté. 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.

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

⁴⁰ Les usages de produits psychoactifs en Midi-Pyrénées, Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées/ORS, Janvier 2010

«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.

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).

Le laboratoire d'analyse des stupéfiants a indiqué lors du GFR la présence 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.

Marché et prix

La disponibilité de la cocaïne dans les différents espaces est relativement importante ainsi que son accessibilité. Les observations dans les espaces urbain et festif, tous milieux confondus indiquent les mêmes lieux de revente. Des populations précaires de l'espace urbain ou des jeunes appartenant au milieu commercial dans l'espace festif peuvent avoir le même dealer. La visibilité des lieux de revente de cocaïne, relayés et par le bouche-à-oreille et par la presse locale, est à l'origine de cette facilité d'accès.

Les quartiers populaires du nord de Toulouse en particulier sont cités par tous les indicateurs TREND locaux. Si des lieux, plus particulièrement les quartiers populaires, sont repérés comme des lieux de deal de cannabis et de cocaïne, les réseaux qui les structurent sont autonomes. Longtemps, les analyses laissaient penser que les réseaux de cannabis se transformaient en réseaux de cocaïne.

Influencés par l'ambiance des années de hausse de consommation, les observateurs les plus hasardeux comparaient les phénomènes cannabis et cocaïne. Ces analyses s'avèrent fausses du moins sur le site de Toulouse.

Une spécification des réseaux de trafic est clairement établie au sein des quartiers. Certains réseaux très structurés et tenus par des familles organisent la mise sur le marché de résine de cannabis.

D'autres plus artisanaux, montés avec des équipes de 5 à 10 personnes utilisant des go-fast ou slow-fast, alimentent une disponibilité régulière de cocaïne. Le problème démantèlement de ce type de réseaux, amène un remplacement très rapide par de nouvelles équipes, soit dans la même barre d'immeuble, soit dans celle juste à côté.

Les investigations sur ce point depuis 2009 indiquent aujourd'hui que les réseaux de cannabis et de cocaïne coexistent dans les quartiers et que leur structuration est finalement très différente.

Une forte demande pour le cannabis est à l'origine d'importation en grande quantité, d'un stockage et d'une logistique très rodés. Quant à la cocaïne, le bénéfice/poids important, et la proximité de l'Espagne, ne nécessite pas une grande organisation.

Dans tous les cas, et même si la disponibilité ne dépend pas exclusivement des quartiers populaires, ces lieux de vente sont à l'origine d'une accessibilité facilitée permettant à une large frange de population, un accès aux drogues.

Le prix de la cocaïne a subi de nombreuses modifications ces deux dernières années. La fluctuation des prix selon les milieux et les périodes peut être très importante.

Aujourd'hui, les observations confirment ce phénomène en lien avec la structuration du trafic local. D'une semaine à l'autre un même réseau peut vendre de la cocaïne de très bonne ou de très mauvaise qualité au même prix. La cocaïne est donc perçue parfois comme très chère par rapport à l'effet produit et parfois c'est l'inverse.

De manière générale, 60 euros ne correspondent plus qu'à 0,7g de produit et il faut parfois 50 euros pour un demi-gramme. La qualité de ces produits, même s'il y a des fluctuations, est décrite comme devenant globalement meilleure. Un nouvel équilibre semble s'installer sur le marché en lien avec les lieux de trafic les plus populaires sans toutefois que le rapport prix/teneur ait réellement évolué.

Parallèlement, dans les milieux ayant maintenu leurs propres réseaux de trafic malgré l'émergence des réseaux des quartiers populaires, aucune évolution n'est notable. Une disponibilité de produits concentrés à des prix stables permet une accessibilité simple aux membres des milieux rock ou électro-alternatif, en particulier.

Usage, modes d'usage et perception

Les investigations TREND révèlent que la diffusion de la cocaïne concerne des populations hétérogènes qui consomment dans des contextes et pour des fonctions multiples.

Les questions qui se posent sur les usages de ce produit sont moins de l'ordre de l'épidémiologie et du volume toujours relativement restreint que des différences socio-culturelles des consommateurs.

Si tout le monde ne consomme pas de la cocaïne, n'importe qui peut le faire. Si les consommations de drogues sont habituellement portées par des vecteurs culturels, ceux de la cocaïne ont disparu aux profits de fonctions utilitaires.

Il est difficile alors de procéder à une catégorisation exhaustive. Dans l'espace urbain, dès que le pouvoir d'achat le permet, cette molécule peut être consommée dans un ensemble de polyconsommation. Les populations insérées sont donc concernées, et les hyperinsérées en font leur premier produit de consommation.

Dans l'espace festif, la poussée de la présence d'une MDMA relativement concentrée a concurrencé les usages festifs de la cocaïne dans les milieux alternatifs. Pour les autres milieux festifs, la cocaïne est consommée, soit dans une fonction de performance, soit dans une régulation de l'alcool, mais toujours dans un processus de distinction positive.

L'étude Quanti-festive qualifie l'ampleur du phénomène, mais les terrains ethnographiques indiquent une omniprésence, peu importe les milieux, et plus particulièrement chez les 25/35 ans. La consommation de freebase est réservée à des usagers expérimentés de cocaïne polyconsommateurs, proches du milieu festif électronique alternatif, mais pas seulement. Ces usagers font une nette différence entre le freebase et le crack.

L'utilisation de la voie nasale est le mode d'usage majoritaire dans l'espace festif, voire exclusif. Quelques utilisations par la voie fumée existent pour une frange de la population festive, mais dans des contextes de consommations assez différents (zones privatisée, camions ou appartements) avec des fonctions clairement du côté de la «défonce».

Dans l'espace urbain, les modes d'usage sont plus hétérogènes selon les contextes et les fonctions d'usages, mais aussi les modalités utilisées pour consommer les autres produits.

Un injecteur va privilégier ce mode de consommation pour la cocaïne. Notons que les investigations décrivent un certain nombre d'usagers qui privilégient la voie veineuse exclusivement.

Pour les populations insérées et hyperinsérées, la voie nasale est largement privilégiée, avec des temporalités de consommation en lien avec leur niveau de dépendance.

Les investigations de 2011 ne repèrent aucune pratique d'injection de crack ou de freebase.

La perception de ce produit est toujours positive, peu importe les milieux ou les espaces. Des discours sur la «mauvaise qualité» du produit avec un prix élevé peuvent être recensés, mais globalement, ce produit est très attractif.

Comme tous les usagers de drogues ayant des carrières longues de produits psychoactifs, certains peuvent se retrouver en difficulté avec leur consommation, se sentir dépendants ou ne plus en apprécier les effets psychotropes. Toutefois, il n'est pas rare que certains usagers «ayant ralenti» leur consommation consomment à l'occasion une cocaïne de bonne qualité.

La phénoménologie de la cocaïne est spécifique. Drogue performative, seul son excès en contrarie la perception. Les troubles somatiques comme les fortes tachycardies, proches d'infarctus, ne sont pas perçus comme un problème, mais comme le gage de la qualité du produit. De même, la dépendance «perlée» alternant période de consommation et période d'arrêt met à mal la définition profane de la dépendance constituée sur le modèle opiacé d'usage quotidien.

Si sur le plan épidémiologique la hausse des dernières années a alerté les observateurs, le pôle TREND dès le début des années 2000 avait anticipé le phénomène. La transformation du marché des drogues national et international a fait évoluer le modèle. Dans le même temps, les toxicomanes sont devenus des polyconsommateurs, le cannabis a fait une poussée majeure pour aujourd'hui se stabiliser à un niveau d'usage important et la cocaïne a pris la deuxième place des drogues illécites consommées.

Tant qu'une transformation de grande ampleur n'aura pas lieu, comme l'arrivée de nouveaux stimulants (méthamphétamines) sur le marché ou l'explosion des détournements des médicaments psychotropes issus de la pharmacie, il est peu probable que la cocaïne perde de son attraction.

Conséquences de l'usage

Deux points sont à souligner lors des investigations de 2011:

- Les acteurs des CSAPA indiquent que les usagers problématiques de cocaïne consultent pour d'autres raisons que celles de l'usage de cocaïne. Rien ne change finalement concernant la prise en charge des usagers de cocaïne, polyconsommateurs ou non. Si cette problématique avec la cocaïne n'est pas accompagnée par des difficultés en lien avec l'usage d'alcool ou d'opiacés, il est rare qu'une demande de prise en charge émerge⁴¹.
- Le second point est l'exception qui confirme la règle. Il apparaît dans les investigations que la frange des usagers de cocaïne hyperinsérés consulte pour des problèmes en lien avec des usages chroniques de cocaïne, soit en médecine de ville, soit dans les services de psychiatrie privée.

Freebase, cocaïne basée et crack

Les trois dénominations repérées à Toulouse

Concernant la cocaïne basée, deux modèles sémantiques s'opposent en 2011. Dans les milieux de l'espace festif, peu de changements. La freebase fabriquée et consommée dans des contextes spécifiques largement documentés continue à être observée sur le site avec peut-être une inflexion en terme de nombre de citations par rapport aux années précédentes.

Les investigations de 2005⁴² documentent en détail les usages, les modalités d'accessibilité et les profils de consommateurs de cocaïne base. Depuis, les rapports TREND suivent l'état du phénomène et plus particulièrement les évolutions des représentations des usagers. De manière générale, l'appellation «freebase» ou «cocaïne base» 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 décrivaient la revente de «*crack*» dans deux quartiers de Toulouse connus pour 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.

Les observations de 2011 confirmaient celles de 2009 et 2010 dans le sens où la dénomination de l'usage de cocaïne basée peut être «crack.» Jusqu'alors seul le terme freebase apparaissait dans les investigations. Le terme freebase est toujours majoritairement utilisé et plus

⁴¹ Voir Etude Cocaïne Escots/Sudérie

⁴² Escots S., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004, Tendances récentes et nouvelles drogues sur le site de Toulouse, Graphiti/OFDI.

particulièrement par les populations décrites par l'observation dans l'espace festif et qu'il n'y a pas d'émergence d'un marché spécifique autour du crack.

Le terme crack est toutefois régulièrement utilisé par des populations précaires de l'espace urbain, jeunes en situation d'errance ou anciens héroïnomanes sous substitution, pour décrire leur consommation de cocaïne basée. Ce terme est attribué à une cocaïne que l'utilisateur a basée comme à une cocaïne basée achetée dans la rue ou dans son réseau de pairs.

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»*.

Les professionnels de la santé de première ligne observent des usagers issus d'une partie de la communauté afro-antillaise qui n'envisage la cocaïne basée que sous la dénomination «crack». Il n'est pas étonnant que ce soit ce type de dispositif qui documente sur ces populations tant la dimension de vulnérabilité sociale prédomine sur les questions de santé⁴³.

Notons que pour faire le tri entre représentations des acteurs et observations éclairées, il ne faut pas oublier que la plupart des observateurs réduisent la définition du «crackers» à la figure sociale classique des Caraïbes, de New-York et du Nord-Est parisien. De ce fait, les discours sur ce point sont très influencés par ce que l'on croit être les usagers de crack.

Ce qui conforte les observations est le processus de diffusion de cette forme sémiotique de la cocaïne basée sur le site. 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 cette appellation.

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 sont aussi utilisatrices 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. Pour autant les modalités d'approvisionnement sont finalement très différentes de celles connues par ailleurs.

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 pareil...»*

Le crack de province : un nouveau modèle

Concernant le crack, un processus d'acculturation est à l'œuvre. Les usagers toulousains de crack, exclusivement repérés dans l'espace urbain, n'ont «importé» qu'une partie de la mythologie du crack. En effet, la consommation de cocaïne basée n'est pas un nouveau phénomène sur le site, même pour les populations de l'espace urbain. La réelle nouveauté c'est le sens donné à ces consommations.

⁴³ C.f. Sudérie G., États des lieux concernant les usages des drogues à Toulouse Graphiti/OFDT, Janvier 2011 (p.58)

Les relevés de prix concernant le crack indiquent clairement que la situation toulousaine est atypique par rapport aux modèles connus par ailleurs.

L'ethnographie et des acteurs de la réduction des risques indiquent un prix de revente au gramme. Le commerce de galette ou de «pipe» n'est décrit qu'une seule fois par un revendeur antillais. Toutes les autres négociations autour du prix et de la quantité achetée se font en gramme. Il faut 70 euros pour avoir accès à un gramme de crack.

Soulignons que la freebase ne se vend pas en tant que telle.

Pour les acteurs de la réduction des risques, *«on parle de crack alors qu'avant on parlait de cocaïne-base»*. La difficulté pour les observateurs ethnographiques ou les professionnels du champ est que les usagers n'adoptent pas la définition classique du crack. Ces usagers revendiquent un usage de crack mais sur un modèle différent de celui décrit par tous les experts, issu du modèle antillais, new-yorkais ou de la rue Myrha. Il n'est pas question ici de galette, de pipe, d'achat à des modous. Il s'agit de consommer du crack, via un modèle et une organisation du marché déjà existant. Les usagers achètent des grammes de crack à des connaissances qui ont créé une offre adaptée à une demande spécifique. Pour ces polyconsommateurs, ce crack prend sa place dans une organisation des usages très déterminée par l'injection de Subutex®.

Si à Toulouse, on cherche la figure classique de la consommation de crack avec ses conséquences, on ne le trouvera pas. À l'inverse, si on écoute ce que les usagers ont à dire, il apparaît que le crack commence à prendre une réelle place dans les typologies d'usage des populations précaires de l'espace urbain.

Héroïne

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

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

Les consommations d'héroïne sur le site s'inscrivent dans une forme de continuité. La hausse de la disponibilité depuis les années 2006 et 2007 associée à une «dédiabolisation» dans certains milieux d'un produit longtemps stigmatisant a modifié en profondeur les formes de polyconsommation.

Aujourd'hui, les éléments de preuves décrivant «l'épidémie sourde» envisagée dès 2007 montrent la capacité du dispositif TREND à comprendre et analyser le phénomène.

Les dernières observations confirment la part croissante de ce produit chez les usagers de drogues. Phénomène restreint au plan épidémiologique, (21 000 expérimentateurs en Midi-Pyrénées⁴⁴), il est au centre de toutes les préoccupations des acteurs du soin et de la réduction des risques.

⁴⁴ Traitement du Baromètre Santé Midi-Pyrénées

Les investigations indiquent que l'héroïne est consommée par différentes populations pour des fonctions et dans des contextes allant de l'usage hédonique, à des usages de défonce en passant par des usages fonctionnels de régulation d'autres psychotropes.

Ce phénomène de diffusion, lent et progressif, concerne essentiellement des populations toxicomanes ou déjà usagères de drogues.

Disponibilité et accessibilité

La disponibilité d'héroïne sur le site est réelle, même si l'accessibilité à ce produit est réservée aux initiés. N'importe qui ne peut pas avoir accès à de l'héroïne, même si les usagers se plaignent rarement d'une pénurie.

Un accès via de petits réseaux peu structurés alimente un marché relativement stable depuis 2010. Des allers et retours hebdomadaires entre l'Espagne (Lérida) et Toulouse permettent, de 100g en 100g, à de multiples micro-réseaux, d'alimenter le marché local avec plusieurs dizaines de kilos. À la différence du cannabis et de la cocaïne, il n'est pas repéré de lieu de vente particulier où l'héroïne serait accessible. Ce sont de multiples réseaux interindividuels qui sont décrits tant par l'ethnographie que par les observateurs du GFR.

Ce phénomène concerne autant les zones urbanisées de Toulouse que des zones plus rurales comme par exemple le Lauragais⁴⁵. Il est difficile de quantifier le processus, mais l'ensemble des éléments indique que la demande est rarement supérieure à l'offre. Un prix relativement stable autour de 40 euros en moyenne indique l'absence de rareté.

Sur certaines périodes, l'ethnographie dans l'espace urbain indique le développement de «bons plans» provenant de Hollande et de Belgique. D'autres indicateurs indiquent parfois un accès à des héroïnes plus concentrées que d'habitude.

Les collectes du dispositif SINTES ont recueilli quelques échantillons ayant des taux de concentrations élevés avec 3 échantillons à plus de 20%.

La disponibilité est réelle sur le site tous espaces confondus avec une accessibilité relativement simple par réseaux dans le milieu urbain. Au sein de l'espace festif l'approvisionnement est une chose complexe. Notons la place prépondérante dans la circulation de ce produit, des populations qui traversent les deux espaces d'observation.

En excluant les 14 échantillons à 0%, la teneur moyenne à Toulouse sur 83 échantillons lors de l'enquête SINTES est de 5,4%. : 5 échantillons ont une teneur de 10%, 2 de 11%, 1 de 13%, 1 de 20%, 1 de 22% et 1 à 36%. 67 échantillons ont une teneur entre 0,5 et 9%.

Tous les échantillons contiennent entre 10 et 75% de paracétamol et 2 à 50% de caféine.

Dans le cadre de cette étude, aucun autre produit psychotrope n'a été analysé.

Au-delà de cette étude, on remarque quelques descriptions d'échantillons de couleur blanche. Toutefois, aucune corrélation n'a pu être établie entre l'aspect de ces échantillons et un effet ou une teneur particulière. La couleur blanche a longtemps été gage de qualité, d'un produit puissant mais aujourd'hui ce n'est plus le cas.

Les travaux ethnographiques dans les espaces festifs et urbains corroborent ces taux de concentration faibles ou très faibles⁴⁶. Pour la plupart des usagers interrogés, «on ne trouve

⁴⁵ Le Lauragais est une zone allant du Sud Est de Toulouse vers Carcassonne. Une affaire sur ce point est bien documentée par le GFR.

⁴⁶ Les échantillons collectés durant le premier semestre 2011 confirme cette tendance

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»*.

Parallèlement, le pôle SINTES veille a repéré plusieurs signalements d'échantillons d'héroïne aux effets indésirables. Si pour la plupart, les dommages en lien avec ces usages sont peu problématiques (allergies, effets psychotropes non souhaités...), des échantillons contenant de l'alprazolam (1^{er} cas décembre 2010) ont généré des complications importantes⁴⁷.

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 la 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 avec pour certains usagers, *«jusqu'à 5 grammes par jour»*.

Prix

Le croisement des éléments ethnographiques, des discours de l'ensemble des observateurs du soin, de la réduction des risques ou du GFR, ainsi que le relevé des prix dans le cadre de l'étude d'observation SINTES indiquent un prix de 40 euros le gramme.

Ce prix moyen est nettement inférieur à celui publié ces dernières années par le dispositif local qui évoquait un prix moyen de 60 euros avec un écart estimé entre 30 et 80 euros.

Cette évolution est en lien avec une évolution du marché⁴⁸ mais aussi avec une meilleure analyse de cet indicateur. Le relevé systématique du prix à chaque recueil d'information autant par la coordination locale que par les enquêteurs et les observateurs a précisé les éléments d'information en la matière.

Sur ce point, notons qu'il n'y a pas de fluctuation majeure. L'expansion du «nouveau marché» espagnol via un microtrafic plus intense a stabilisé les écarts entre les produits circulants, leur accessibilité, leur teneur et leur prix.

Modes d'usage

Peu d'évolutions sur ce point. Depuis 2008 et «le retour de l'héroïne», les observateurs attendent «un retour» aux pratiques anciennes d'utilisation massive de la voie veineuse.

Il est aujourd'hui probable que ce phénomène n'existera pas. La majorité des usages d'héroïne aujourd'hui exclut de plus en plus l'utilisation de l'injection. La voie nasale et la «chasse au dragon» sont les modalités les plus répandues.

⁴⁷ 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>

⁴⁸ Voir partie marché

L'articulation des usages, le sens donné à la toxicomanie, l'action de la politique publique via la réduction des risques ont impacté la manière de consommer ce produit d'une génération (années 90) à l'autre (aujourd'hui).

Si l'héroïne peut être injectée, elle ne l'est que par des usagers déjà injecteurs. De manière générale, l'héroïne n'est pas à l'origine de début de pratiques d'injection.

Pour les plus jeunes consommateurs des milieux festifs, insérés ou précaires, consommateurs d'héroïne, c'est l'utilisation de la voie veineuse qui définit le toxicomane. Rejetant ce statut, ces polyconsommateurs rejettent ainsi ce mode d'usage perçu comme une pratique à risque.

Perception

Paradoxalement et malgré une hausse du nombre de citations par l'ensemble des observateurs, l'héroïne est perçue comme un produit de mauvaise qualité. En effet, sa «qualité», autrement dit, sa teneur est décrite comme «médiocre» ou «mauvaise», et cela en permanence. Les «bons plans» sont considérés comme «rares».

La méconnaissance de cette génération d'usagers sur les effets «réels» de l'héroïne est à souligner. Les effets d'un produit ayant une concentration à plus de 15%, affolent certains. Une héroïne «sédative» ou qui fait «piquer du nez» interroge ces usagers alors que l'on est proche des effets réels. Le manque d'effets psychotropes des héroïnes qui circulent à Toulouse a un impact sur leur représentation. D'autant que, des situations de problèmes de santé majeurs en lien avec des usages d'héroïne sur le site ont été décrites et communiquées par le réseau local (TREND, CEIP, ARS) via les CAARUD et les CSAPA et ont un impact sur la perception globale du produit. Une héroïne dite coupée au GHB a été décrite à quelques reprises par des usagers ou des professionnels. Il apparaît aujourd'hui que cette héroïne devait probablement contenir de l'alprazolam (voir ci-dessous). La perte de mémoire est systématiquement attribuée au GHB car les usagers sont aussi aux prises avec l'image des figures sociales classiques du GHB, utilisé comme drogue de soumission chimique.

Profils des usagers

Usagers d'héroïne

Au sein de l'espace urbain, les grands précaires y ont peu accès. Ils peuvent le consommer dans un parcours d'usage, occasionnellement ou régulièrement, mais elle n'a pas une place centrale dans l'articulation de leur polyconsommation.

Ce sont alors les populations précaires et une part des insérées qui constituent le cœur des usagers. Les professionnels de CSAPA indiquent tous sans exception la récurrence de deux situations:

- L'utilisation préalable d'une «méthadone sauvage» comme produit d'auto-substitution avant toute initialisation de traitement par un centre.
- La hausse des situations de consommations d'héroïne par des patients en traitement de substitution par la méthadone.

Dans l'espace festif, les milieux alternatifs «électroniques» ou «rock» sont composés pour une part d'usagers d'héroïne. Longtemps stigmatisés, ces usagers sont loin d'être majoritaires

mais de mieux en mieux «tolérés» dans les groupes dans lesquels ils s'inscrivent. Ils sont souvent polyconsommateurs, l'héroïne n'est pas leur premier produit de consommation. Si dans le milieu électronique alternatif, ce sont plutôt les 25-35 qui sont concernés⁴⁹, il semble que dans le milieu rock alternatif, les usagers sont plus âgés. Il est là encore difficile de quantifier un phénomène a priori de faible ampleur, même dans «l'alternatif».

Les descriptions d'achat d'héroïne lors d'événements festifs, quels qu'ils soient, sont rares (1 description). L'approvisionnement se fait en dehors du moment de la fête.

Dans l'entre-deux, ce sont les populations nommées «jeunes en quête d'affiliation alternatives» au sein de l'espace urbain, ou «satellites» du milieu festif alternatif au sein de l'espace festif, qui sont repérées pour leurs usages d'héroïne. En effet, ces polyconsommateurs sont aussi à l'origine de la circulation de ce produit entre les espaces d'observations.

Dans le même temps, contrairement aux autres années, les CSAPA décrivent peu de jeunes, nouvellement admis, pour des problèmes en lien avec l'héroïne.

Les patients/usagers d'héroïne

Le terme «patient» n'est pas utilisé ici pour décrire la relation soignant/soigné, mais pour caractériser la manière dans laquelle la personne s'inscrit en traitement.

Si on tente une catégorisation des utilisateurs d'opiacés, trois catégories s'imposent:

- Les patients: le terme *patient* regroupe des personnes incluses en Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO).
- Les patients/usagers de drogues: le terme *patient/usager de drogues* regroupe des personnes incluses en Traitements de Substitution aux Opiacés qui consomment occasionnellement ou régulièrement des drogues ou qui utilisent les MSO de manière «non conforme aux préconisations AMM»⁵⁰.
- Les usagers de drogues: 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 pour la prise en charge, même si les fonctions et contextes d'usage sont différents de ceux qui ont généré la problématique toxicomaniaque.

Ces dernières années, la réapparition des usages d'héroïne ou plutôt la nouvelle visibilité des usages dans ces populations a constitué une tendance majeure. Si pendant un moment, les usages d'héroïne étaient moins visibles parmi les polyconsommateurs, l'héroïne est de

⁴⁹ Quelques citations indiquent aussi des jeunes de moins de 25 ans,

⁵⁰ 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.

nouveau consommée même au sein des populations sous Traitement de Substitution aux Opiacés.

Ce phénomène a des conséquences sur les polyconsommations ainsi que chez des patients en traitement de substitution. En effet, une part des patients pris en charge dans les programmes de TSO continue à consommer des psychotropes et pour une part de l'héroïne.

Ces «patients/usagers de drogues», souvent injecteurs, ont un long parcours de polyconsommation. 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 sont parfois en rupture avec les cadres thérapeutiques du fait du maintien ou de la reprise des consommations de drogues en général, et d'héroïne en particulier.

Conséquences de l'usage

Héroïne/alprazolam

Le pôle TREND a été saisi de problèmes survenus à 2 patients d'un CSAPA. Ces usagers ont consommé de l'héroïne à l'origine de pertes de mémoire et d'endormissements.

Peu après 2 autres situations ont été signalées au CEIP de Toulouse, puis après enquête trois autres personnes seront signalées avec les mêmes symptômes, dont une personne décédée.

Au final, entre janvier et mars 2011, dans la région Midi-Pyrénées, sept cas d'intoxications ont été signalés après consommation d'héroïne. Les analyses de sang ou d'urine des victimes ont montré la présence d'opiacés ainsi que d'alprazolam, à des taux sanguins supérieurs à la normale.

Depuis d'autre situation ont été documentées par les investigations de 2012. Si selon les périodes, les discours peuvent différer, le phénomène de fond est insistant. Des travaux complémentaires mériteraient d'être menés.

L'épidémie sourde d'héroïne annoncée se confirme.

2010 est l'année du «vrai» retour. L'héroïne est depuis plusieurs années au centre des discours de l'ensemble des observateurs. 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: *«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 décrits⁵¹ 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.

Des décès toujours mal repérés et peu documentés

La question de la mortalité «overdose» ou plus précisément 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 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 «surdoses», des décès en lien avec des usages d'héroïne sont de nouveau repérés, voire relayés par les médias locaux.

⁵¹ Suderie G., 2011 Op. Cit. p.39

Amphétamines : MDMA, Speed et Méthamphétamine

MDMA/Ecstasy

L'ecstasy désigne un produit (comprimé, gélule et poudre) comprenant une molécule de la famille chimique des amphétamines, la MDMA (Méthylène-dioxy-3,4-méthamphétamine) qui 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.

En 2009, toutes les sources d'informations indiquaient que la poudre de MDMA⁵² était 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 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 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 ont été concernés même si en décembre, des collectes ont été réalisées sur un marché à nouveau actif. Ces collectes de décembre indiquaient un retour en force de la disponibilité de la MDMA poudre.

Durant l'année 2010, les discours des observateurs et particulièrement de 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 avec 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 mCPP⁵³, les comprimés semblent être totalement délaissés par le plus grand nombre de ces usagers au profit de poudres de MDMA, voire d'autres substances stimulantes de synthèse.

L'ecstasy est en déclin⁵⁴ au profit des poudres et cristaux 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 initiés⁵⁵. Elles sont décrites comme concentrées. Les observateurs

⁵² 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.

⁵³ Gandilhon M., Cadet A., Lahaie E., Chalumeau M., Drogues illicites : les observations du dispositif TREND en 2009, Tendances n°73, OFDT

⁵⁴ Girard G., Boscher G., L'ecstasy de l'engouement à la «ringardisation» in Costes J-M., 2010, Op.Cit.

⁵⁵ Même si quasi aucune description n'apparaît dans les relevés ethnographiques des usages doivent perdurer sur le site.

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, il reste en 2010 dans un niveau de déclaration d'usage élevé malgré une accessibilité à la MDMA plus forte.

Suite à une réelle pénurie en 2009, les observations durant l'année 2010 établissaient une recrudescence de la MDMA dans les événements festifs. Toutefois, les molécules de «substitution» consommées durant la période précédente, ecstasys composées de mcPP, speed, BZP, 2CB mais aussi cocaïne restaient en 2010 citées à de nombreuses reprises.

Aujourd'hui, la poudre et le crystal de MDMA reprennent une place importante dans les contextes et les fonctions festives d'usage. L'ecstasy est très en retrait, même si dans certaines soirées au sein des milieux festifs électroniques, elle peut être le seul stimulant disponible.

Marché et prix

Au sein de l'espace festif, la MDMA, peu importe sa forme, est la molécule la plus vendue et la plus consommée durant la fête. Il faut différencier ici, les moments de la fête, le contexte et la fonction festive de l'usage de drogue, du reste de la semaine. Si la MDMA est peu consommée en dehors des moments de la fête, c'est pour des raisons d'effets psychotropes. À la différence d'autres produits stimulants comme la cocaïne qui peut s'inscrire dans de multiples fonctions d'usage, il est «difficile d'aller travailler en ayant consommé de la MDMA». En effet, l'effet psychotrope combine à la fois des effets stimulants et des effets hallucinogènes qui peuvent durer plusieurs heures.

Disponible sur le site, le «marché» est très différent structurellement des drogues du type cannabis, cocaïne ou héroïne. Une poignée de personnes issues pour une grande part du milieu festif alternatif revendent la MDMA lors de soirées ou un peu en amont. Une forte disponibilité donne la possibilité à certains usagers de débiter dans la revente ce qui en augmente l'accessibilité.

Des produits gris, blanc ou rose sont décrits comme fortement concentrés par des usagers jeunes lors de moments festifs.

Notons que les membres GFR valident les observations ethnographiques sur ce point. Les saisies de cristaux de MDMA analysés par le laboratoire de police présentent des taux moyens supérieurs à 60% plus nombreux. Le hasard des affaires, un marché plus large, une structuration du trafic en évolution peuvent être à l'origine de ces descriptions. La convergence des indicateurs valide la tendance d'une présence plus importante dans la continuité des éléments recueillis en 2010 même si le phénomène est loin d'avoir une dimension épidémiologique.

Cette hausse de disponibilité peut aussi expliquer les citations de la présence de ce produit **dans l'espace urbain**. Les modes d'accès à ce produit par ces populations ne sont pas décrits par les observateurs.

Le prix de la MDMA est évalué par les observateurs entre 50 et 60 euros le gramme, avec un prix moyen de 60 euros. Les achats en soirée peuvent se faire à plusieurs, car peu de produits peut être utilisé pour atteindre les effets escomptés.

Usage, modes d'usages et usagers

Au sein de **l'espace festif**, une accessibilité plus importante le démocratise chez les plus jeunes populations des milieux festifs électroniques. Historiquement présent dans le milieu festif alternatif, il est observé dans le milieu minimal et plus à la marge dans les milieux commercial et sélect. Des observations de consommation par des jeunes de moins de 20 dans des bars ou dans des concerts sont décrites par l'ethnographie.

Au sein de **l'espace urbain**, des populations de jeunes précaires, en situation d'errance ou en quête d'affiliation alternative consomment de la MDMA pour d'autres fonctions que festives. Ce phénomène a déjà été décrit lors des investigations de 2010.

Plusieurs modalités sont repérées sur le site. Depuis toujours, l'ingestion en «parachute» est la voie la plus utilisée. À la différence de la poudre, les cristaux peuvent être «gobés» sans papier cigarette.

Depuis plusieurs années la voie nasale est repérée comme la seconde voie d'administration. En 2011, le nombre de citations concernant le «sniff» est en hausse.

La voie fumée sur un papier d'aluminium, une forme proche de la technique de la «chasse au dragon» pour l'héroïne est identifiée sur le site.

Méthamphétamines, au-delà du mythe

L'ouvrage collectif de l'OFDT de janvier 2010 faisait état du mythe autour de la méthamphétamine⁵⁶. 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.

Le pôle TREND de Toulouse a collecté deux échantillons de méthamphétamine : un comprimé nommé «Yaba» et un liquide provenant d'Israël.

Il n'est pas question ici de diffusion de cette molécule, même si ce phénomène spontané peut être à l'origine de questionnements. Le laboratoire des stupéfiants indique que de plusieurs échantillons présentés comme des amphétamines, se sont révélés être de la métamphétamine.

Il n'est pas question 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.

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*

⁵⁶ 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.

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, s'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 peu de points communs avec l'usage qui en est 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. Pour les informateurs interrogés, *«ils⁵⁷ en ont ramené, 10 ou 20, j'imagine qu'il n'y a pas des gros... Les 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 se consomme ailleurs. Les usagers sont perplexes en ce qui concerne sa nature, 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 phénomène⁵⁸, les quelques usagers de méthamphétamine 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, leur usage en France est exceptionnel. Ces usages sont en lien avec le retour de Thaïlande de personnes de leur entourage. 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, leur perception est approximative. La collectrice indique que *«le terme de yaba représente vraiment 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,*

⁵⁷ Les usagers/revendeurs

⁵⁸ Milieu festif alternatif « Transe »

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 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 : Ca 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 : Ca 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 Meth⁵⁹

Toujours à la 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 ?

⁵⁹ D'autres orthographes existent dont *crystalmet* proposé par la plaquette de prévention « *La Métamaphétamine, c'est quoi ?* » réalisé par le CRIPS-CIRDD Ile de France en 2006 avec le soutien de la MILDT

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 s'inscrire dans la paranoïa médiatique sur le sujet. Signaler n'est pas alerter. De la méthamphétamine circule en France, preuve en est. 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 méthamphétamine existent localement, mais aussi que leur diffusion est faible.

L'absence de poudre de MDMA sur le site en 2009 a permis aux usagers de 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 restructuration 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 «*comme une ecstasy*». Les fonctions et les contextes de consommations 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 arrachés, 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 un nouveau marché peut émerger. N'oublions pas que les drogues n'ont pas de frontières.

Speed

Le *speed* est un psychostimulant qui se présente sous forme de poudre à sniffer ou sous forme de pâte.

Le *speed* est repéré sur le site depuis le début des investigations TREND. Il est essentiellement utilisé dans l'espace festif électronique et plus particulièrement dans les milieux alternatifs (*free parties* et teknivals). Le *speed* est également présent dans les clubs et les discothèques mais à une échelle moindre. Il provient souvent des milieux alternatifs, quels que soient les courants musicaux (milieux électronique, rock...)

Dans l'espace urbain, le *speed* est repéré auprès des populations les plus jeunes. Les jeunes errants, mais aussi des jeunes dans des squats plus organisés, voire avec un logement stable consomment du *speed*, au-delà des contextes festifs.

Cette molécule est souvent considérée comme «la cocaïne du pauvre». Le prix du gramme de poudre varie selon la qualité du produit, mais reste stable, en moyenne entre 10 et 30 euros.

L'amphétamine est très majoritairement sniffée ou ingérée⁶⁰, plus rarement injectée. Dans tous les cas ce produit consommé pour son action stimulante n'est pas vécu comme un produit addictogène. Il aurait l'inconvénient de posséder un goût et une odeur désagréables et surtout de provoquer des descentes abruptes.

⁶⁰ Ce mode d'usage est appelé « bombe » ou « ballon ». Le *speed* est emballé dans une feuille de papier à cigarette puis ingéré. Les effets apparaissent environ 30 minutes après la prise.

Hallucinogènes et dérivés

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

Peu d'évolutions sont à noter sur le site en matière d'usages d'hallucinogènes naturels. Les consommations d'Iboga découvertes en 2007, soit en automédication, soit dans des contextes qualifiés par certains observateurs de dérives sectaires, continuent à être observées et concernent particulièrement des personnes souhaitant traiter leur dépendance aux opiacés par une méthode alternative.

L'usage de GHB est plus ou moins repéré dans l'espace festif gay. À l'inverse, la Kétamine est un produit régulièrement décrit par les observateurs locaux.

Kétamine

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

Repérée au début des investigations TREND dans les années 2000, elle a une place à part dans les usages de drogues toulousains. De 2007 à 2009, la kétamine est diffusée de façon 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. De nouvelles populations utilisent cette substance lors de contexte festif particulier, mais aussi parfois, régulièrement à cause d'un début de dépendance.

Au sein de l'espace urbain, les milieux constitués des populations les plus jeunes la consomment aussi. Quelques descriptions sont repérées dès 2007. En 2008 et 2009, l'augmentation des signalements de sa consommation dans différents milieux de l'espace urbain laissait à penser qu'elle pourrait devenir le produit principal d'une partie des usagers.

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. 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 de dépendance difficilement maîtrisable par leur entourage et par les dispositifs de prise en charge.

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 à pondérer selon la hiérarchie des produits.

De ce fait, les logiques de consommations sont assez différentes d'autres molécules. Posséder de la kétamine et consommer de la «Ké» sont des signes d'identification positive au sein des milieux des jeunes de l'espace urbain. À l'inverse, la consommer en dehors des contextes festifs peut-être stigmatisant pour les populations appartenant aux milieux festifs.

Repérée depuis le début des investigations TREND au début des années 2000, elle a une place à part dans les usages de drogues toulousains. Depuis 2008, la diffusion de kétamine apparaît de plus en plus importante. Les investigations TREND depuis quelques années indiquent de nouveaux usages en dehors du cadre des initiés dans les différents milieux festifs. De nouvelles populations utilisent cette substance lors de contextes festifs particuliers, mais aussi parfois, régulièrement en raison d'un début de dépendance. Elle a une place à part dans les usages de drogues toulousains.

Marché

Au sein de l'espace festif, les usages ont longtemps concerné le milieu «transe», un courant musical du milieu festif alternatif. Une importation d'Inde ou d'Angleterre ainsi que des vols dans des cliniques vétérinaires ou à l'hôpital alimentaient un marché réduit et limité à ce vecteur culturel. La transformation de la forme liquide en poudre par une «cuisine» déjà décrite par les investigations TREND se faisait sur le moment. Des initiés manipulaient les doses selon les contextes et les fonctions d'usage recherchés.

En 2011, la transformation de l'organisation de l'achat et de la revente impacte l'accessibilité. En effet, la kétamine se vend aujourd'hui, et de manière majoritaire en poudre. Ce phénomène observé par les relevés ethnographiques est confirmé par les membres du GFR décrivant plusieurs affaires. Cette hausse de la disponibilité a un effet sur les profils des consommateurs dans les milieux festifs. Les investigations de 2010 laissaient croire à une stabilisation du phénomène.

En 2011, ce produit est de nouveau très régulièrement cité par les observations ethnographiques et les acteurs de la réduction des risques. Au-delà de la facilité de manipulation de la poudre, les habitudes deal sont au plan symbolique devenues très proche de celles des autres produits. Est-ce que du fait de cette nouvelle accessibilité sa place dans les articulations des polyconsommations va évoluer? Ce n'est pas encore le cas. L'hypothèse de 2009 que pour certain usager de cet espace, la kétamine remplacerait à moyen terme l'héroïne pour les fonctions de défonce n'est pas vérifiée.

Usage mode d'usage et usagers

Au sein de l'espace festif, le phénomène reste circonscrit au milieu festif alternatif. C'est au sein de ce milieu que les évolutions apparaissent. Longtemps réservée au milieu transe, en 2011, la kétamine est aussi consommée dans les courants culturels «hardcore». Les dosages sont en étroite relation avec les fonctions d'usages. La prise en petite quantité engendre une euphorie alors que les prises répétées peuvent «déconnecter» totalement ces usagers de leur

entourage durant la fête. Avec sa diffusion, des populations d'usagers polyconsommateurs la découvrent et pour une part l'adoptent comme un produit central.

Au sein de l'espace urbain, toutes les populations précaires peuvent être concernées. Marginale jusqu'à il y a deux ans, le poids de la kétamine dans le marché des drogues de l'espace urbain augmente. Pour les observateurs d'une structure de réduction des risques en milieu urbain, *«on trouve de la kétamine dans tous les milieux»*. Les populations jeunes nommées «satellites» du milieu festif alternatif dans l'espace festif et «jeune en situation d'errance et en quête d'affiliation alternative» dans l'espace urbain sont les acteurs principaux de la diffusion inter-espaces. Depuis le début des années 2000, les multiples effets induits par la consommation de kétamine selon la dose la font entrer dans le champ des drogues de l'espace urbain. Sa faible disponibilité dans l'urbain avait réduit sa diffusion. En 2011, la transformation du marché et l'augmentation de l'accessibilité alimentent une demande en hausse au sein des milieux précaires.

Que se soit dans l'espace festif ou dans l'espace urbain la Methoxetamine (MXE), produit acheté sur Internet ou dans son réseau de pairs (pas de citation d'achat dans la rue) intéresse fortement les usagers. Pour un prix quasi identique et des effets proches, ce produit n'est pas automatiquement associé à la kétamine mais la rumeur enfle. Pour certains il peut être vendu comme un produit analogue, pour d'autres c'est un produit différent. Malgré Internet, l'accessibilité est réduite.

Au-delà de telles ou telles catégories d'usagers, ce sont les différentes fonctions d'usages qui conditionnent les modalités d'usage. Le «sniff» est la modalité la plus utilisée. Des citations d'injection par voie veineuse valident cette pratique chez les populations des deux espaces. À l'inverse, des injections en sous-cutanée, pratiquées au début des années 2000, ne sont plus décrites par les observateurs.

Quant aux pratiques d'injection, c'est la poudre qui est injectée via un procédé classique, avec ou sans chauffage, et non pas le liquide de kétamine.

Perception

Peu d'évolutions sont à noter. Malgré un achat/revente sous forme poudre, la kétamine garde la réputation d'un produit « non coupé ».

Elle s'inscrit dans le champ symbolique des drogues malgré son image d'anesthésiant vétérinaire. Elle a un statut de drogue alors que c'est un médicament détourné de son usage.

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

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

On les rencontre dans tous les milieux alternatifs, pourtant leur disponibilité dans l'espace festif reste aléatoire. Pour les plus exotiques, ils sont majoritairement, achetés via Internet ou cultivés à la maison dans des bacs de culture et parfois même, ramenés dans les valises de voyageurs.

Quant au psylocybe, le champignon hallucinogène de nos contrées, sa disponibilité se concentre durant la période de sa cueillette qui débute de la fin du mois d'août et qui s'étale jusqu'à la fin de l'automne.

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

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

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

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

Les champignons et les plantes hallucinogènes sont historiquement présents sur le site et toujours disponibles, soit par la cueillette dans des lieux tenus secrets soit par Internet. Nos réseaux d'informateurs l'évoquent peu mais ils restent présent dans les usages notamment dans les zones rurales autour de Toulouse. Parmi les amateurs d'expériences psychédéliques, que ce soit grâce aux plantes ou aux champignons, ces produits psychoactifs restent consommés expérimentalement ou, de manière plus régulière, de façon alternée avec les hallucinogènes synthétiques.

LSD, peu de changements

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

Dans l'espace urbain, les usages restent de l'ordre de l'opportunité parmi les «jeunes en errance» ou les «héroïnomanes substitués»⁶¹.

⁶¹ Sudérie G., 2006, Op. Cit.

Dans l'espace festif alternatif comme commercial, les consommations de LSD sont régulières. Plus présents lors d'événements festifs en extérieur (free party, rave, festival de musique), des usages en établissements soit lors d'évènements alternatifs électroniques ou de soirées dans les «grands établissements de la périphérie» sont repérés. Le LSD est exclusivement consommé dans un cadre festif ou de convivialité, peu importe les populations concernées. Si sa consommation est marginale dans l'espace festif commercial, les observations menées dans l'espace festif alternatif des dernières années mettent en évidence une disponibilité plus forte dans cet espace.

Les investigations de 2006 et 2007 plaçaient ce produit à la première place des hallucinogènes synthétiques consommés devant la kétamine. La quasi-totalité des rapports ethnographiques sur les événements festifs repère la présence de LSD. Si le milieu transe est le plus cité, les milieux hardcore, drum'n'bass et dans une moindre mesure les clubbers sont concernés. Les cas décrits par des observateurs de l'espace festif commercial et rock laissent à penser que le vecteur culturel électronique n'est pas au centre de cet usage à l'inverse du MDMA du début des années 2000. La recherche d'effets psychédéliques, associée à une réputation de drogues non addictives, sont les deux facteurs qui motivent l'usage chez des usagers aux caractéristiques sociodémographiques très diverses.

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

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

Les Médicaments de Substitution aux Opiacés avec ou sans AMM

En France, on estime à 150 000 le nombre de personnes traitées par Médicaments de substitution aux opiacés (MSO) avec une nette prédominance de la Buprénorphine haut dosage (BHD) représentant 80 % de l'ensemble.

Si l'impact de ces MSO auprès des personnes dépendantes aux opiacés est clairement très positif depuis leur mise sur le marché au milieu des années 90, des mésusages, ou «usages hors de l'AMM» ont aussi pu voir le jour, rendant nécessaire un suivi de la prescription.

Sur le site de Toulouse, la mise en place des Traitements de substitution s'est construite de manière atypique. Deux centres «méthadone» avec peu de places de prise en charge jusqu'en 2006 ont orienté beaucoup de patients vers la médecine de ville et la prescription de BHD.

Depuis 2006, l'ouverture d'une délivrance de méthadone dans 3 puis dans 4 CSAPA a un peu modifié la donne.

Pour autant, malgré une accélération de l'utilisation de la méthadone comme pharmacothérapie ces deux dernières années, la BHD reste le médicament le plus utilisé pour traiter les problématiques de toxicomanie.

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

Buprénorphine Haut Dosage et Subutex®

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 substitutifs⁶².

En Haute-Garonne, on dénombre entre 1500 et 1800 patients qui ont eu un remboursement de BHD par la sécurité sociale⁶³.

Un accès bas seuil de rue problématique

Différentes typologies d'usage de la BHD sont repérées localement depuis plusieurs années, elles évoluent peu. Ce sont plutôt les carrières des utilisateurs de BHD qui changent. Elles vont 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. 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 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

⁶² Escots S., Fahet G., *Usages non substitutifs de la buprénorphine Haut Dosage*, Graphiti/ORSMIP/OFDT TREND, Août 2004.

⁶³ Données ARS

pas forcément de 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 sorties de toxicomanie décrites avant la substitution se sont transformées radicalement au point que parfois la BHD n'est plus perçue comme une solution. Les patients deviennent vulnérables 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, et sur les voies respiratoires, la difficulté d'arrêter, voire dans certains cas à 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. La BHD a permis de pallier le manque physique de l'héroïne, mais aucune réponse fructueuse n'a été mise en place⁶⁴ 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.

Marché

La BHD disponible dans la rue, l'est exclusivement sous la forme Subutex®. Il est rare de trouver des vendeurs de BHD générique. Les précédents travaux sur le site ont déjà essayé d'esquisser une réponse à ce phénomène⁶⁵. Le phénomène perdure autour d'une double structuration de trafic :

- Par le principe de «mules»⁶⁶ avec deux lieux de trafics au centre-ville de Toulouse bien identifiés. Des «grossistes» achètent des boîtes de Subutex® à des personnes qui ont obtenu des prescriptions et qui les revendent soit en «dépannage» soit à des patients ayant un problème ponctuel avec leur traitement, soit à des personnes qui utilisent le Subutex® comme une drogue à part entière.
- Par le phénomène d'accumulation via le détournement d'une partie du traitement de patients qui revendent leur BHD à leur entourage.

Peu d'évolutions sont donc à signaler concernant le « marché » de Subutex® à Toulouse, si ce n'est le prix.

Les observations ethnographiques, les acteurs de la réduction des risques ou du soin indiquent des prix du Subutex® de rue à la baisse. Si jusqu'à présent le prix courant à Toulouse était de 7 à 8 euros, les données collectées en 2011 indiquent un prix courant plus proche de 5 euros (prix bas jusqu'alors). Des comprimés de 8mg à 3 euros peuvent être disponibles sur certains lieux de deal, selon les périodes.

Au-delà de l'amélioration de l'indicateur « prix » dans les observations de site, une évolution apparaît. En effet, les prémices de cette baisse sont documentées dès le dernier trimestre 2010. De plus, la suppression d'un protocole mis en place par la CPAM dès 2004 sous la

⁶⁴ À l'exception de la diffusion du Stérifilt®

⁶⁵ C.f. Rapport de site 2008 et 2009.

⁶⁶ Op.Cit.

recommandation du Comité de suivi de la substitution a diminué la pression permettant à nouveau un «doctor shopping», actuellement difficilement quantifiable. Même si à Toulouse, seulement 12 personnes⁶⁷ ont des prescriptions supérieures à 32mg par jour, cela peut suffire pour faire évoluer un marché réduit dans sa dimension.

Un trafic déjà existant, une évolution en terme de réglementation peuvent être suffisants pour expliquer l'évolution à la baisse du prix du Subutex®.

À la différence d'autres drogues, la teneur, autrement dit le ratio prix/pureté, n'a pas d'impact sur le marché. Un comprimé de 8 mg est toujours équivalent à un autre comprimé de 8mg.

Toulouse avait deux spécificités concernant le Subutex®. La première était une réglementation spécifique. La seconde était un prix élevé sur le marché de rue.

Aujourd'hui, on peut constater que la suppression de la première a eu un impact sur la seconde.

Usage et Usagers

Là encore peu d'évolutions. Les usagers hors cadre thérapeutique utilisent la BHD dans des polyconsommations pour des fonctions de « défonce », de régulation d'autres psychotropes ou pour pallier le manque.

Toutes les populations de l'espace urbain des grands précaires aux insérés peuvent l'utiliser⁶⁸. Pour les grands précaires, cette consommation est systématiquement liée à l'usage d'alcool et de médicaments psychotropes de type benzodiazépines.

Pour les précaires et/ou les insérés, les contextes et les fonctions des usages de ce produit peuvent être multiples allant du traitement à la « défonce » en passant par la gestion du manque.

Le fractionnement des prises tout au long de la journée réduit grandement son efficacité quelle que soit la fonction d'usage.

Soulignons qu'aucune observation ne décrit la présence de BHD détournée dans l'espace festif, quel que soit le milieu. Il apparaît que certaines populations, les plus «satellites» aux milieux festifs, que l'on retrouve dans l'espace urbain, peuvent l'utiliser mais jamais dans les contextes festifs.

L'utilisation de la voie veineuse génère des problèmes somatiques très importants.

Impact du trafic sur les prises en charge

Pour les plus jeunes, les observateurs interrogés indiquent comme les travaux de S. Escots⁶⁹ 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*

⁶⁷ Données ARS

⁶⁸ Aucune citation ne repère des hyper inséré en traitement ou usagers de BHD.

⁶⁹ Escots S., Michels D. et Sudérie 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

particulières, de celles plus ambitieuses qui ont pour objectif de modifier les comportements de consommations».

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 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, d'autant plus que la voie veineuse est souvent 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 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.

Méthadone

Le développement des centres de délivrance de méthadone pour les TSO à Toulouse a, depuis deux ans, fait évoluer l'accès. L'impact sur le marché de rue a été rapide. D'une accessibilité complexe encore en 2009, le niveau de disponibilité permet à un certain nombre d'usagers de la combiner avec leur usage d'héroïne et même de débiter des traitements sauvages d'autosubstitution.

Marché :

Si l'accès à la méthadone par le marché de rue n'est pas un phénomène nouveau, son accroissement est notable. Tous les observateurs de la réduction des risques et du soin indiquent une disponibilité de plus en plus importante et une accessibilité de plus en plus facilitée.

Pour les acteurs pragmatiques, cet accès peut être perçu comme une forme «d'accès bas seuil» utile aux personnes qui n'arrivent pas à s'inscrire dans une réalité de traitement.

Très difficilement injectable, ce médicament même «détourné de son usage» génère peu de problèmes somatiques et aucune surdose n'est signalée au dispositif TREND.

À la différence de la BHD, le «doctor shopping» n'est pas à l'origine de sa disponibilité dans le marché de rue. Aucun lieu de revente public n'est connu. Les achats/reventes se font majoritairement par réseaux de pairs. Il est donc possible d'acheter de la méthadone dans la rue, mais pas n'importe qui ni n'importe où.

La revente d'une partie du traitement est le principal tuyau d'approvisionnement de ce marché. Avec seulement 537 patients ayant eu un remboursement dans l'année pour de la méthadone⁷⁰, la dimension du trafic est réduite.

En 2011, la principale nouveauté est la présence de «gélules de méthadone» sur ce marché parallèle. Selon les observateurs, les usagers n'ont pas une préférence marquée pour la gélule ou le sirop. C'est au hasard de la disponibilité qu'ils vont acheter et consommer l'une ou l'autre des formes galéniques. La gélule étant rare, il est possible qu'à disponibilité égale les choses soient différentes.

Concernant la gélule, comme pour le sirop, les observateurs indiquent qu'aucune pratique ou tentative de pratique d'injection n'est décrite pas les usagers. Ajoutons qu'aucune spécificité ne peut être établie concernant le type d'usagers qui consomment la gélule.

Comme pour la BHD, aucune citation ne fait état de sa disponibilité dans l'espace festif. Pour autant, il est possible que des populations en traitement soient décrites au sein de ces milieux.

Les prix fluctuent selon le niveau de disponibilité entre 10 et 15 euros la fiole de 40mg mais le prix peut parfois atteindre 20 euros. Notons la précision des relevés ethnographiques indiquant des achats « au coup par coup ». En d'autres termes, et à la différence d'autres psychotropes, médicaments ou drogues, les achats de méthadone ne se font pas en grande quantité. « *C'est toujours une fiole, deux fioles pour dépanner* ». Cette précision indique que même si l'accroissement de ce marché est réel, sa forme reste artisanale et spécifique.

⁷⁰ Données ARS

Usage, mode d'usage et perception

À ce jour, aucune description de primo-dépendants à la méthadone de rue sur le modèle bien connu des primo-dépendants au Subutex®⁷¹ n'a pu être recensée. Des expérimentateurs « naïfs » peuvent être décrits (1 citation) mais la plupart des personnes concernées par le phénomène sont en très grande majorité des polyconsommateurs.

Les usagers de méthadone de rue sont principalement constitués d'usagers de drogue précaires. Aucune situation de grands précaires n'est recensée. Les populations insérées ne s'approvisionnent via la rue que rarement. Souvent ces usagers/patients débutent leur usage de méthadone par le trafic de rue, mais très rapidement, ils trouvent dans les nouveaux dispositifs de prise en charge locaux à « seuils adaptés » des solutions de substitution, soit de sevrage, soit de maintien.

Ainsi, parallèlement à l'accroissement des dispositifs adaptant leur « seuil d'accès à la méthadone », la hausse des descriptions de patients/usagers qui combinent traitement de substitution et usages de drogues est notable. Ces patients/usagers différencient clairement les fonctions d'usage de la méthadone thérapeutique et les fonctions d'usage de drogues hédoniques. La difficulté apparaît au moment où ces fonctions se mélangent et où la méthadone perd son statut de pharmacothérapie. Malgré la hausse des détournements et une augmentation de sa disponibilité sur le marché de rue, la méthadone garde globalement une valeur thérapeutique très forte.

Des professionnels d'un dispositif de délivrance de méthadone indiquent que de nombreux patients fractionnent leur traitement tout au long de la journée depuis qu'ils utilisent la gélule. Ce mode de prise a un impact sur la stabilité du traitement. En effet, pris en plusieurs fois, matin, midi et soir par exemple, l'efficacité du traitement est modifiée. Ce phénomène concerne peu de patients mais il est semblable au fractionnement des prises de BHD à l'origine de nombreux sous dosages. A l'avenir et avec le développement de la gélule dans les files actives, il est possible que ce phénomène se développe.

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 Toulouse⁷², 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.

⁷¹ Escots 2004

⁷² C.f. Rapport de site de Toulouse TREND 2008 p.49, Suderie G., Baboulène N., Fournier, 2009 Op.cit.

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, mais seulement de limiter les difficultés à l'accès.

Le bénéfice de cette nouvelle structuration est de faciliter l'accès aux prises en charge par les TSO, diminuer l'attente d'accès au programme, voire de procurer un accès immédiat. Le revers de la médaille de cette évolution dans l'offre de soin locale s'accompagne des détournements ou des accommodements de prescriptions. Ce phénomène marginal en volume a toutefois un impact sur le marché de rue.

Le phénomène n'est pas comparable à celui de la buprénorphine haut dosage mais cette molécule est disponible pour 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 indiquant une demande d'accès à la méthadone à bas seuil d'exigence. Mais 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 indiquent que cet accès se fait via l'offre de rue.

De manière pragmatique, accéder à la méthadone bas seuil est une meilleure solution que d'accéder à de la BHD bas seuil, même si c'est par l'intermédiaire d'un marché de rue. Ce serait 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 offrant la possibilité de répondre à la problématique de dépendance par une approche médico-psychosociale globale.

Sulfate de morphine

Les sulfates de morphine et plus particulièrement le Skénan® sont peu disponibles sur le site et très difficilement accessibles en dehors de prescriptions.

Une politique locale ancienne de « non prescription » par l'ensemble du réseau d'addictologues et de médecins généralistes a fortement restreint le trafic.

Lors des investigations, peu de citations sont relevées sur le sujet. Elles décrivent toutes des cas isolés de médecins qui, au-delà de la réglementation AMM, prescrivent des sulfates de morphine à des toxicomanes injecteurs.

Parallèlement, les investigations repèrent différentes situations de pressions physiques (menaces) sur des médecins de ville de certains usagers pour l'obtention de ces molécules.

Au final, les professionnels du soin et de la réduction des risques repèrent quelques usagers de Skénan®.

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

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

Tout usage d'un médicament psychotrope tel que les BZD par un usager ou un ex-usager de drogue n'est pas synonyme de recherche de « défonce ». La fréquence importante des comorbidités psychiatriques chez les usagers de drogue s'accompagne souvent d'une symptomatologie anxieuse motivant un usage, encadré ou non. Si certains mésusages sont patents, il est dans d'autres cas difficile de faire la part entre la recherche de défonce ou le soulagement d'un symptôme.

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. Le flunitrazépam (Rohypnol®) du début des années 2000 et le clonazépam (Rivotril®) actuellement sont deux produits qui ont été questionnés.

Il est question ici d'investiguer exclusivement les usages de ces molécules parmi les toxicomanes. Les toxicomanes étant des patients atypiques, la prescription de benzodiazépines, d'antidépresseurs, d'anxiolytiques ou de neuroleptiques prend une autre dimension.

Au-delà des pratiques de prescription atypiques, un accès de rue 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 avéré.

Les observateurs de la réduction des risques indiquent que l'accès 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 avec les limites des observations locales qu'avec 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 les populations qui se le

procure dans la 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.

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 à prendre en compte.

Conclusion

Le dispositif TREND sur le site de Toulouse n'avait pas ces deux dernières années publié les résultats de ses investigations. En effet, les phénomènes observés étaient tels, qu'il apparaissait nécessaire de prendre plus de recul sur deux années. On pense ici aux signaux contradictoires concernant le crack ou encore la collecte d'échantillon de méthamphétamines.

Les travaux présentés ici s'appuient sur les investigations menées en 2010, 2011 et le premier trimestre 2012. Des évolutions concernant les usages de drogues sur Toulouse apparaissent nettement :

- La hausse des prix et des concentrations de THC (principe actif) dans les résines et les herbes de cannabis provoquent des évolutions en terme d'usage. Le trafic de cannabis est aussi en mutation avec les nouvelles formes de « cultures commerciales » décrites dans ce rapport.
- L'évolution des formes sémiotiques concernant la cocaïne basée (crack, cocaïne basée, freebase) élargit la diversité des profils de ses usagers, sachant que les conséquences sanitaires sont souvent extrêmement problématiques.
- La place de l'héroïne dans les polyconsommations est un phénomène qui perdure, même pour une part des patients en traitement de substitution aux opiacés. De plus, les faibles concentrations des produits qui circulent agissent sur les niveaux d'usages. Enfin, notons que les héroïnes contenant de l'alprazolam génèrent des problèmes importants. Il est nécessaire aujourd'hui d'envisager une investigation spécifique sur ce point.
- La transformation des modes de trafic de la kétamine modifie les typologies d'usages. Même si le phénomène reste restreint, une diffusion nouvelle hors des cadres des initiés est identifiée dans les différents espaces d'observations.

Concernant les autres substances psychoactives, il y a peu d'évolutions. La BHD et plus particulièrement le Subutex® génère des problèmes somatiques importants chez les injecteurs. L'évolution à la hausse des prescriptions de méthadone augmente le niveau d'accessibilité à cette molécule, hors cadre thérapeutique.

Enfin, notons que malgré l'approche par produit présentée dans ce rapport, ce sont les polyconsommations qui sont à l'origine des toxicomanies. L'alcool prend alors une place prépondérante dans l'ensemble des consommations à problèmes.