

**PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS
LIÉS AUX DROGUES
EN 2005**

**TENDANCES RÉCENTES
SUR LE SITE
DE TOULOUSE**



Constats marquants du site TREND Toulouse en 2005

Serge Escots

CONTRIBUTIONS AU PROJET

Coordonnateur du site

Serge Escots

Rédaction du rapport

Serge Escots

Responsable d'observation

Saloua Chaker

Guillaume Sudérie

Equipe TREND-Toulouse *Graphiti*-CIRDD Midi-Pyrénées - ORSMIP

Thibaut Bouillie

Françoise Cayla

Georges Fahet

Céline Le Ven

Yann Margouillé

Alexandra Montero

Marie Musset

Stéphanie Pierre

Fabien Sarniguet

Cédric Sembeille

Élisabeth Suteau

Elsa Raczymov

Participation au rapport 2005

Jean-Luc Arnaud (Intermède, Clémence Isaure), Karl Barange (CHU Purpan, pôle référence hépatite C), Jacques Barsony (RVHT), Jérôme Boucard (Centre Maurice Dide), La Boutique solidarité, Robert Campini (Intermède, Clémence Isaure), Dr Créquy (Centre Maurice Dide), Dr Lize Cuzin (S.M.I.T, CHU Purpan), Bernard Delpy et l'équipe de Demcité (Clémence Isaure), Dr Frédéric Depiesse (DRD Jeunesse et Sport), Fabienne De Vincenz (Point-Ecoute ARPADE), Olivier Drouault (Médecin du Monde), l'équipe du centre d'Hébergement d'urgence de l'Espace Croix Rouge, Dr Pascal Estecahandy, Mr Jean-Louis Eychenne (Adjudant Chef Brigade Prévention Délinquance Juvénile), Dr Marie-Josée Ferro-Collado (Hôpital Joseph Ducuing), Hamida Ghazi (RVHT Passages), Daniel Garipuy (Hôpital Joseph Ducuing et RVHT Passages), Martine Lacoste (Association Clémence Isaure), Dr Agnès Laforgue, Dr Gérard Laurencin (S.M.P.R. et CSST milieu pénitentiaire), Marc Leray (ARPADE), Virginie Maurette (Intermède, Clémence Isaure), Dominique Mazelaygue (Aides), Frédéric Mouillerac (Intermède, Clémence Isaure), Jérôme Murat (BEST, Aides), Julien Sanchez (Médecin du Monde), Dr Francis Saint-Dizier (Hôpital Joseph Ducuing, Centre Méthadone Passages), M. Terrail (Police Nationale Brigade des Stupéfiants), Chantal Thirion (A.A.T.), Jacques Verrière (Intermède, Clémence Isaure).

Remerciements

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

À l'équipe de TREND-SINTES et à toute l'équipe de l'OFDT

SOMMAIRE

Faits marquants sur le site en 2005

Les espaces observés, les usagers et les contextes

Espace urbain : cadrages des pratiques de soins

Première ligne

Espace festif : pas de changement notable

Les opiacés

BHD

Héroïne

Méthadone

Sulfate de Morphine

Néocodion[®] et Dicodin[®] : les alternatives codéinées

Opium – Rachacha

Les stimulants

Cocaïne : pas de changement, la croissance continue

MDMA, ecstasy

Autres stimulants

Hallucinogènes

Hallucinogènes de synthèse

Hallucinogènes naturels

Médicaments détournés

Benzodiazépines et polyconsommations

Cannabis

Conclusion

Synthèse

Faits marquants sur le site en 2005

Introduction

Le constat marquant... pour la première fois, il n'y a pas de constat marquant

Il est frappant de constater que pour pratiquement toutes les personnes rencontrées dans le cadre de l'investigation 2005, les premiers commentaires qui résument le sentiment global sur l'année écoulée pourraient se formuler ainsi : il ne s'est pas passé grand-chose de significatif. Professionnels et usagers n'avaient pas grand-chose de nouveau à apporter. Ils avaient le sentiment de nous avoir déjà dit les mêmes choses les années précédentes et pour un peu, ils s'en seraient excusés. Évidemment, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas eu de phénomènes d'usage ou de problèmes pour les professionnels ou pour les usagers. L'absence de faits marquants correspond, pour 2005, à une stabilité des grands mouvements mis en place au cours des dernières années : rien de significatif, à ce niveau, n'a changé. C'est ce qu'exprime un spécialiste du champ médical qui n'a « *pas constaté de bouleversements, de modifications importantes cette année* ». Même avis pour ce responsable d'un dispositif de structure de première ligne pour qui, en 2005, « *il n'y a rien de révolutionnaire* ».

Pour autant, dans les différents espaces, en observant les usagers et les produits qu'ils consomment, il est possible de faire apparaître cette stabilité sur la structuration des phénomènes et les variations ponctuelles qui ne manquent jamais de se produire. De plus, ce moment de stabilité peut être mis à profit pour compléter et approfondir certains points déjà abordés.

C'est à cet examen que se consacre cet article sur les faits marquants, d'abord en examinant les espaces de consommation et les usagers, puis en s'intéressant plus spécifiquement aux produits.

Les Espaces observés, les usagers et les contextes

Espace urbain : cadrages des pratiques de soins

Depuis de nombreux mois, plane sur les C.S.S.T. toulousains regroupés dans le centre Passage « la menace » d'une « mise en conformité » avec les textes relatifs aux prescriptions et à la délivrance des traitements de substitution. Cette demande est particulièrement mal vécue par les centres dans la mesure où, dès 1994 c'était organisé en partenariat la possibilité de prescrire et délivrer ces traitements. Le principe de cette organisation partenariale consiste à regrouper un réseau de médecins généralistes et de pharmaciens, un service hospitalier, et trois C.S.S.T. pour prescrire et délivrer les traitements et accompagner les patients. Un ensemble de conventions et de mises à disposition de personnels favorise les collaborations croisées entre professionnels. Comme le rappelle le coordinateur du réseau Passage dans le bulletin d'information « *Pratiques* » N° 20 : « à Toulouse, nous sommes quelques-uns à avoir initié la substitution avant même que les pouvoirs publics ne la légalisent ».

Cette attente des tutelles a alourdi les relations au sein du partenariat, car elle oblige à des restructurations pour réaliser la délivrance des traitements sur place dans chaque centre. De plus, cette mesure n'est absolument pas comprise dans sa finalité puisque « *le nouveau dispositif imposé (...) va coûter plus cher que l'actuel pour un service rendu à l'utilisateur identique* »¹. En novembre au cours d'une réunion entre responsables de la DDASS et des C.S.S.T., cette exigence s'est concrétisée, mettant désormais les structures « au pied du mur ». Ce qui est vécu par les acteurs locaux comme un démantèlement du Réseau Ville Hôpital, considéré comme innovant il y a plus de 10 ans par de nombreux acteurs en France, a créé un climat délétère au sein du réseau tout au long de l'année 2005.

Dans un autre registre, la CPAM a poursuivi les contrôles relatifs aux patients « mésuseurs » ou trafiquants de Subutex® démarrés en 2004 en étendant les contrôles en direction des usagers plus engagés dans des mésusages plutôt qu'en direction des « trafiquants » convoqués pour la plupart l'année précédente. De plus certains médecins ont été entendus concernant quelques prescriptions qu'ils avaient faites au premier semestre 2005. Ces contrôles ont consolidé la démarche de cadrage des pratiques des usagers et des praticiens.

Première ligne

La distribution de matériel d'injection reste à un haut niveau élevé malgré une baisse de l'activité.

Pour des raisons conjoncturelles, les structures de réduction des risques ont baissé leurs activités globales en 2005. Pour autant, la distribution de matériel d'injection ne subit pas une baisse proportionnelle, alors que des indicateurs pourraient laisser penser que ce mode d'administration s'érode. Plusieurs facteurs concourent à cela :

La voie nasale progresse, notamment chez les jeunes usagers. Le niveau de consommation de l'héroïne a considérablement chuté ces dernières années. Les usagers les plus anciens étant sous substitution et plus fréquemment que par le passé avec de la méthadone. La cocaïne qui autorise plus facilement d'autre voie que l'injection. Le développement des amphétamines et de la MDMA qui favorise la voie orale.

¹ Ibid Pratiques N°20

Mais ces facteurs sont à pondérer car chacun d'entre eux connaît ses propres limites. Si le recul de l'héroïne est réel, elle est loin d'avoir totalement disparu, notamment chez des usagers qui fréquentent les structures de première ligne. De plus, les jeunes usagers marginalisés sont fréquemment utilisateurs de BHD avec laquelle ils ont souvent initié la voie veineuse qu'ils utilisent aussi pour d'autres produits comme la cocaïne qui restait un des produits les plus injectés dans les enquêtes auprès des usagers des structures de première ligne des années précédentes. La cocaïne augmente les besoins en seringue dans la mesure où sa pharmacocinétique rapide favorise la multiplication des prises lors des épisodes de consommation. Cet aspect est aussi valable pour les anciens héroïnomanes injecteurs substitués qui utilisent aussi la cocaïne.

Enfin, si la BHD a vu sa disponibilité en retrait en 2004-2005, on a vu que l'injection compulsive de ce produit existe², consommant là aussi un nombre quotidien de seringues relativement important. D'autant plus lorsque l'état veineux est lourdement dégradé sollicitant parfois plusieurs seringues pour une injection.

Mais ces facteurs « naturels » liés aux produits, aux usagers, et à leurs modes de consommation ne suffisent probablement pas à expliquer à eux seuls cette persistance d'un niveau de distribution de matériel d'injection dans les structures de première ligne.

Un point n'a pas été investigué récemment sur le site et qui peut-être mériterait à l'avenir un travail spécifique, c'est l'implication des pharmaciens dans la vente de matériel d'injection. Les pharmaciens ont été sollicités lors de la mise en place du Réseau Ville Hôpital, et il y a plusieurs années, dans une démarche d'association à la politique locale de réduction des risques. Mais on peut se demander si l'adhésion réelle est aussi large que les besoins de proximité le nécessiteraient. Sans nul doute, en ce domaine, le nombre d'officines particulièrement mobilisées dans l'accueil et le soin aux usagers de drogues est limité. Et il n'est pas sûr que cette mobilisation soit à la hauteur des besoins, amenant ainsi les usagers à se procurer du matériel sur les lieux de réductions des risques, parfois dans une démarche de stockage, voire de redistribution à des proches palliant ainsi à la difficulté de se procurer facilement du matériel à proximité de chez soi. Ceci est probablement moins vrai à Toulouse intra-muros qu'en périphérie, et certainement aggravé en zone rurale. D'ailleurs les structures de première ligne ont repéré des usagers qui viennent ponctuellement « faire le plein » venant parfois de zones assez éloignées de l'agglomération. Ces demandes importantes ont une incidence significative sur les chiffres des structures.

Au-delà du simple besoin de protection de l'anonymat de l'utilisateur, compréhensible encore aujourd'hui compte tenu de la stigmatisation de la toxicomanie dans le corps social, on ne peut pas totalement écarter des représentations négatives chez certains pharmaciens à l'égard d'une population qui a une réputation peu engageante pour l'image commerciale. C'est ce dont témoigne une préparatrice en pharmacie dont l'officine, pourtant située dans un quartier où des besoins existent, développe une politique qui vise à décourager les usagers à venir se fournir en matériel.

« Ah oui ! (les pharmaciens) sont toujours en train de calculer combien on en vend ou alors ils téléphonent sans arrêt à la police pour dire : " Bon, ça a augmenté cette semaine, faites une descente" (...) Je n'avais pas vu ça avant, (...) Je suis un peu révoltée de ce genre de réaction parce qu'on est pharmaciens... On n'a pas le droit de refuser (...) quand (les usagers arrivent), ils viennent directement au comptoir parce qu'ils ne veulent pas attendre. Alors, tout de suite : " donnez-lui la boîte ! ". Ils ne font rien de mal. Ils ont déjà préparé la monnaie, ils te donnent soit un soit deux euros selon que c'est une ou deux boîtes et ils repartent. (les pharmaciens) ne veulent même pas donner de poches. Et nous, on n'a pas le

² Escots S., Fahet G, *Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage en France*, OFDT, 2004

droit de les mettre dans des poches portant le nom de l'officine. (...) pour qu'on ne sache pas d'où ça vient... sans poche, les Stérifilt ou les seringues (...) c'est ennuyeux quand il y a des jeunes mamans avec des enfants. »

Le Stérifilt a été bien accueilli

Au cours de l'année, les structures de réduction des dommages ont introduit dans leur proposition de matériel le Stérifilt. L'accueil des usagers a été favorable à ce matériel. L'adoption du Stérifilt s'est faite rapidement et les usagers fréquentant les structures de première ligne ont intégré cet outil dans leur préparation pour s'injecter la BHD. Son utilisation est jugée simple et efficace. Cependant, les représentations de certains usagers les empêchent d'utiliser ce matériel, persuadés que le Stérifilt retient le produit actif, puisque le liquide devient plus limpide. *« On peut dire que les usagers, ils y trouvent leur compte (...) sur la question du Subutex®, en tout cas (...) ce n'est pas négatif (...) Certains ne l'ont pas adopté par contre, ils préfèrent rester à l'ancienne méthode et puis comme ça transforme, (...) le produit n'est pas blanc, ils pensent qu'il n'y a plus de produit actif »*, explique un responsable d'une structure de première ligne.

Une note ethnographique rapporte que *« pour ceux qui s'approprient ce matériel, l'impression est très positive, " c'est pratique ", car ça facilite la préparation. Ensuite le filtrage est efficace laissant un liquide " pur " et transparent. Les usagers ont testé que la clarté du liquide n'altère en rien ses propriétés psychotropes comme les intervenants l'avaient annoncé. D'ailleurs, ils ne l'utilisent pas uniquement pour le Subutex® qui constituait la cible principale de ce matériel. Certains « shootent » la cocaïne ou la MDMA avec. Les usagers témoignent d'une réduction des sensations d'engourdissement des membres supérieurs ou des mains après l'injection. (...) Pour résumer le point de vue des usagers, un intervenant suggère la formule suivante : " c'est un outil sympa " »*.

Il est encore trop tôt pour mesurer l'impact concret sur le capital veineux des usagers. Toutefois, si les problèmes veineux liés à l'injection de Subutex® ne sont pas encore réduits de façon massive, les intervenants médicaux et de première ligne s'accordent à dire que les tableaux morbides se rencontrent moins fréquemment. Dans tous les cas, l'accroissement régulier des problèmes veineux liés à l'injection de Subutex® semble s'être arrêté.

Pour les intervenants de première ligne, au-delà de la proposition concrète, l'introduction d'un matériel nouveau est une opportunité pour retravailler les messages de prévention et ouvrir un dialogue avec les usagers sur ces problèmes. C'est l'avis d'un responsable de dispositif de première ligne : *« on a eu du matériel nouveau, genre des Stérifilt et des crèmes cicatrisantes ... déjà ça a été plébiscité... et ça a permis de rediscuter un peu les questions des pratiques d'injection mais aussi du capital veineux »*.

Toutefois on peut regretter que malgré le travail important des différentes instances de coordination locale, l'introduction de ce type de matériel ne soit pas plus communiquée à l'intérieur du dispositif sanitaire et social spécialisé. Ainsi un médecin généraliste particulièrement impliqué dans la prise en charge des usagers de drogues a appris l'introduction du Stérifilt dans les structures de premières lignes à l'occasion de notre investigation. Pourtant, la connaissance de cette information au sein du Réseau Ville Hôpital, par exemple, et des structures de soin permettrait de la relayer de façon plus large auprès d'usagers qui ne fréquentent pas forcément les structures de première ligne, mais qui, malgré tout, du fait de leur pratique d'injection, pourraient bénéficier de ce type de prévention.

Le kit snif poursuit sa route... sans plus

Si les recours à la voie nasale semblent en augmentation, la distribution de kit snif n'explose pas pour autant. Prise de conscience insuffisante que la voie nasale est aussi une voie de dommages possibles et notamment de contamination pour les infections d'hépatite virale ?

Pas chez les usagers qui partagent peu les pailles et utilisent des produits recommandés pour nettoyer et entretenir leurs narines. Controverse scientifique sur la pertinence de cette mesure au vu du peu de cas de contamination documentés ? Incompréhension d'une partie des acteurs de la lutte contre la toxicomanie qui voit dans cette proposition de prévention une incitation à la consommation et notamment des plus jeunes ? Un policier qui a trouvé des kits chez des jeunes fréquentant des discothèques a réagi en exprimant son incompréhension et sa réprobation pour ce qu'il considère comme une forme de banalisation de la consommation de stupéfiants. « *Ce qui m'a choqué, c'est le mode d'emploi : " tout produit injectable peut se sniffer ", c'est grave quand même ! On n'a pas l'impression que c'est un truc préventif, on a l'impression que c'est un truc pédagogique pour le sniff ! (...) Et puis, le mode d'emploi, c'est " préparez vos narines... ", je veux dire qu'il n'y a pas une mise en garde, rien. " entreprenez vos narines et muqueuses, rincez avec de l'eau " Même le gamin qui n'a jamais sniffé de sa vie, il a vraiment le kit. C'est un kit initiatique, ce n'est pas un kit préventif !.. »*

Comment concilier réduction des dommages et prévention des usages, à un moment où la politique de réduction des risques est remise en cause par certains ? Dans ce contexte, le travail de partage des objectifs et des stratégies des différents acteurs des champs sanitaires, de la réduction des dommages, socio-éducatifs et de l'application de la loi, semble indispensable à l'échelon loco-régional.

Jeunes « en errance » : évolution vers la sédentarisation pour les plus âgés, de très jeunes qui prennent la relève et une féminisation qui pose toujours problème

La présence de jeunes usagers marginalisés, souvent désignés sous le vocable imprécis de « jeunes en errance », a été observée comme les années précédentes sur le site. Nous avons clarifié cette terminologie dans un article du rapport 2005, préférant utiliser les notions de jeunes désaffiliés, en voie de désaffiliation ou en quête d'affiliation normée ou alternative. Nous ne reviendrons pas sur ces définitions ici, en tentant de faire le point à nouveau sur les différentes formes que prennent, pour ces populations, habitat, déplacement et mode de vie entre nomadisme et sédentarité précaire.

Nous nous attarderons sur trois points relevés dans l'enquête : les processus de sédentarisation, l'arrivée permanente de très jeunes dans le « circuit » et la présence significative de jeunes femmes.

Comme nous l'avons montré l'an passé, la forme de l'habitat et le mode de vie ne se recourent pas toujours aussi parfaitement que nos catégories le souhaiteraient. Ainsi, le fait de vivre en camion ne signifie pas toujours que le mode de vie soit fondé sur un nomadisme impliquant des déplacements systématiques vers de nouvelles destinations. Les voyageurs relèvent plus d'une exceptionnalité rarissime, ils sont d'ailleurs plutôt âgés et autonomes, et donnent peu aux structures l'occasion de les rencontrer. La dénomination de voyageurs, souvent employée pour des jeunes désaffiliés, en voie de l'être ou en quête d'affiliation alternative, relève plus, par un procédé métonymique, de la mythologie urbaine : le camion pour le mode de vie. « *C'est pas des voyageurs en fait, parce que des voyageurs il n'y en a plus beaucoup et les voyageurs c'est ceux qui bougent avec leur camion. Eux, c'est souvent des gars qui ont leur camion posé quelque part, en petit groupe, sur la région, parfois ils bougent entre deux endroits, même, des fois, ils ont un boulot. Non des voyageurs, il n'y en a plus »*, explique une intervenante en milieu festif. Avoir un camion permet deux choses : un habitat et un mode de locomotion. Mais, on le voit, sa possession n'empêche pas pour certains un certain degré d'affiliation sociale à la différence des voyageurs des origines qui s'inscrivaient clairement dans une recherche d'alternative voire dans une complète marginalité.

Mais lorsque le véhicule manifeste quelques aptitudes à une mobilité plus ou moins importante, cela n'interdit pas quelques déplacements à l'amplitude plus ou moins grande, par exemple, pour arriver sur un lieu festif : « *Il y en a beaucoup qui vivent en camion et qui*

d'ailleurs arrivent sur les teufs en camion ». Parfois le déplacement peut aller au-delà de la région et même pour certains à l'extérieur de l'hexagone. « *Ce sont des gens qui font la France et l'Europe même (...) Après il y a des gens qui font la France mais qui ont un taf (intérim)* », explique un intervenant en milieu festif. D'ailleurs *certaines pour voyager « ne vont pas aux États-Unis, mais en Espagne, en Italie, en Hollande, en Belgique* », constate un intervenant de première ligne.

Parfois, le nomadisme peut aussi se limiter à l'agglomération, pour des jeunes plus ou moins précarisés ou franchement désaffiliés. « *Nous, on les appelle les " gazolines " ce sont des gens qui vivent en camion qui puent le pétrole et qui tournent qu'autour de Toulouse* », commente une observatrice du milieu festif techno. D'ailleurs pour une partie d'entre eux l'origine géographique est l'agglomération toulousaine ou la région Midi-Pyrénées.

La vraie « itinérance », existe aussi, mais sa précarité donne lieu parfois à des « escales techniques » dont la durée est souvent conditionnée par les conditions précaires de l'existence. Une occasion pour découvrir les structures locales d'hébergement et d'aides aux plus démunis.

Une éducatrice dans un centre d'hébergement d'urgence explique qu'il y a « *ceux qui restent plus longtemps, mais qui sont de vrais itinérants dont le camion tombe en panne à Toulouse, et donc on a prévu de rester deux à trois jours et finalement on y reste un mois, manière de trouver des sous, d'acheter la pièce et de réparer le camion.* »

Le camion n'est pas le seul habitat pour les jeunes dits « en errance ». Ici aussi, de façon un peu rapide, il est commode de parler de squat. Pour autant, cette réalité ne recouvre pas forcément toujours l'occupation illégale d'un espace. Ni ne renvoie toujours à une sédentarité qui s'opposerait au nomadisme de l'habitat mobile. Certains lieux sont occupés légalement par l'intermédiaire du titulaire d'un bail et le passage dans ce type d'espace peut s'avérer n'être au final qu'un hébergement temporaire et de passage avant le départ pour une autre destination. Différents lieux correspondent parfaitement à la définition communément admise pour désigner un squat, et plusieurs existent depuis parfois assez longtemps alors que d'autres se sont ouverts plus récemment. C'est ce que rappelait un quotidien local à l'occasion d'un incendie dans l'un d'entre eux durant l'année écoulée. « *Un violent incendie, dont l'origine n'a pas encore été déterminée, s'est déclaré (...) dans une maison abandonnée depuis des années, (...) devenue au fil du temps un abri pour SDF et un point de ralliement bien connu des toxicomanes (...) la précarité de ces endroits qui servent d'abri à une population en marge, routards ou sans papiers qui vivent dans la clandestinité, des squats que l'on retrouve un peu partout en ville : maisons abandonnées, appartements désaffectés dans les barres promises à la destruction, anciens entrepôts industriels...* »

Mais l'accueil collectif chez celui qui a son « appart » est aussi un recours fréquent pour celui qui circule et s'établit au gré des rencontres pour une durée plus ou moins longue. Il y a un « *pote qui est prête-nom pour l'appartement, et qui héberge les autres* », explique un éducateur de rue d'un dispositif de première ligne. Dans tous les cas, le fonctionnement est celui d'un groupe où, en général, une ou plusieurs personnalités plus âgées et plus charismatiques « règnent » sur le lieu : squat ou « appart » comme en témoigne un responsable de structure de première ligne : « *Ce sont des gens qui vivent en groupe, en squat pour certains, mais ce ne sont que des gens qui vivent à la rue quasiment. (...) Le plus vieux, je dirais 40/50 ans, mais ce n'est pas forcément le cas, disons qu'il y a un mec de cet âge-là dans le groupe mais après ce sont des gens qui ont une trentaine d'années mais ça descend jusqu'à la vingtaine. (...) il y a des femmes aussi et il y a aussi des gens (...) qui ne sont pas forcément complètement à la rue, mais s'ils ne sont pas dans un squat, ce sont des appartements qui doivent ressembler à des squats, des gens qui sont quand même à la rue et qui font partie de ce genre de groupe.* »

Les plus de 25 ans peuvent parfois, pour les plus sédentarisés, bénéficier du RMI et la manche est une activité économique largement pratiquée. Il s'agit de systèmes de survie économique, faits de récupérations, d'aides sociales et de petits trafics. Les polyconsommations sont largement affichées. On trouve ici des produits de base tels que le cannabis, l'alcool et la BHD. Mais aussi pour certains, les amphétamines souvent préférés à la cocaïne pour des raisons économiques et le LSD ou même la datura sont aussi consommés lorsque l'occasion se présente. Les plus engagés dans une proximité culturelle avec l'espace techno plus underground utiliseront plus ou moins régulièrement la kétamine et l'héroïne. Nous sommes souvent en présence de consommateurs opportunistes. Rappelons que dans les enquêtes de première ligne TREND des années précédentes, c'est dans ces populations que nous trouvions le plus de produits différents consommés le mois précédent.

Un intervenant en milieu festif techno peut en témoigner : *« C'est une population essentiellement entre 15 et 35 ans (jusqu'à 50). Un peu plus d'hommes que de femmes. Souvent aussi en "tribus", jamais des gens isolés. Ils sont pas forcément en voyage, mais partant pour le voyage dans les deux sens du terme avec les prods aussi »*. Pour autant parmi les plus jeunes, certains, qui n'ont pas encore une « carrière à la rue » trop importante, concilient leurs consommations et leur mode de vie. Ainsi parmi ceux avec qui un intervenant de proximité est en contact *« il y a des gens qui bossent pour qui ça va, ils gèrent leur came pour l'instant, ils n'ont pas forcément une santé dégradée »*. Ce n'est évidemment pas le cas de tous.

Les structures sociales servent de régulation à ces modes de vie, relais entre deux destinations, pour palier une rupture avec le groupe, le copain ou la copine ou plus prosaïquement avec la mécanique du camion ou encore du fait de circonstances météorologiques trop rudes. C'est ainsi que parfois un intervenant d'un centre d'hébergement comprend certaines demandes qui lui sont adressées. *« Quand ça caille vraiment et que le camion ça ne suffit pas et qu'ils ont envie de prendre une douche chaude... il y a beaucoup de teufers en hiver... »* Point de chute et de renseignements des « nomades du rail », la gare à proximité du centre d'hébergement en facilite l'accès.

Mais l'escalade mécanique ou psycho-sociale peut finalement conduire à « prendre racine » sur le site. Pour différentes raisons, le nomadisme devient sédentarité. Le voyage reste une ligne de fuite, un projet reconduit, une identité qui ne trouve plus forcément son actualité concrète.

« Beaucoup vivent en camion (...) et sont coincés ici maintenant. Ça, c'est le second groupe de population, qui était comme ça (nomade) il y a quelque temps et qui s'est un peu coincé sur Toulouse. (...) qui se revendique toujours de la techno, mais qui ne bouge plus depuis deux, trois, ou quatre ans », explique un responsable d'une structure de première ligne. Cette autre partie de la population que l'on amalgame aussi aux jeunes usagers « en errance » est identifiée par plusieurs observateurs, comme par ce bénévole d'une structure humanitaire proche de ce public : *« On les associe souvent à des nomades, (...) ce sont des gens qui n'ont pas d'attaches propres, le plus souvent, ils se sont sédentarisés »*.

Un intervenant d'une structure de première ligne analyse ce phénomène qui conduit le jeune en voie de désaffiliation ou désaffilié à renoncer physiquement à son nomadisme sans pour autant sacrifier à ce qui fonde une partie de son identité : la mobilité. *« Ce sont des gens qui ne vont pas se dire, "j'habite Toulouse", "je suis de Toulouse", "je m'installe à Toulouse", ils ont toujours une espèce de fantasme de circulation, d'être référé à un monde de voyage et de musique, mais la plupart (...) sont fixés sur Toulouse depuis deux ou trois ans et ça, c'est un nombre quand même assez important. Ils sont peut-être un peu plus âgés que les autres. Alors on ne sait pas si ça correspond à un parcours intermédiaire dans leur vie, par exemple. Mais schématiquement (...) je dirais à 16/22 ans, on circule, on fait n'importe quoi à 22/30 ans on se cale dans un coin. Et à partir de la trentaine, on en voit quand même assez fréquemment, qui nous demandent de les aider de façon très concrète pour s'installer et*

changer de mode de vie. Il y a des gens qui vont demander un appartement, comment on fait pour le RMI, pour traiter les questions de santé, et les questions d'insertion au sens large du terme. »

La sortie se fait aussi par le couple, le projet d'enfant comme dans des parcours finalement assez classiques. *« On a l'expérience de jeunes qui sont sortis du groupe à partir du moment où ils se sont mis en couple. Et c'est là que le parcours " d'insertion " peut débiter. La vie commune à deux... On a une dizaine d'expériences comme ça »* (structure de première ligne). Cette analyse est corroborée, y compris pour les plus radicaux des nomades de la « génération » précédente, par le témoignage d'une observatrice du monde techno : *« les anciens travellers, ils ont tous maintenant des enfants, des maisons. (...) pour moi tout le milieu s'est arrêté en 2005. Ma génération les 26-35 ans, c'est terminé ! »*.

Toutefois ce scénario d'insertion rencontre des difficultés dans la conjoncture locale de l'immobilier. Les velléités de réinsertion se heurtent à la difficulté à accéder à un chez soi. *« Le problème c'est aussi de ne pas avoir d'adresse pour trouver un job. Avec la crise du logement qu'il y a actuellement, il y a de plus en plus de gens qui sont malheureux en ce moment. Moi je vois avec des gens qui travaillent, tout le monde s'est bien réinséré, mais, c'est pas évident de retrouver un appart. »*

Si les 25-35 ans se « casent », des plus jeunes arrivent et renouvellent les effectifs. Les différentes structures de première ligne en attestent, témoignant à la fois du rajeunissement de la population mais aussi d'une certaine adaptation à l'évolution de ce public. Ainsi pour une des structures les moins de 25 ans représentent désormais plus de la moitié de la file active :

« alors entre les mineurs, (et les moins) de 25 ans ça représente 55 % de la population. Alors qu'il y a 7 ou 8 ans, la moyenne d'âge, (...) ça devait être 37 ans. (...) l'autre fois, il y en avait un qui avait renversé du café sur la main d'un des plus anciens et qui lui a dit : " excusez-moi monsieur". Et l'autre : " et pourquoi tu m'appelles monsieur ? " et " ben vous avez 40-45 ans, non ? " » Bien que la situation soit différente, sur une autre structure, on assiste aussi, à un rajeunissement des effectifs accueillis : *« Ouais 20/25 ans, ce sont les plus jeunes (...) les gens nouveaux sont plus jeunes, (on assiste à) un rajeunissement, mais qui est progressif »*. Ces constats s'observent en contexte festif où, là aussi, on assiste à la permanence d'un public jeune qui correspond aux caractéristiques de cette marginalité qui recouvre plusieurs types de situations au regard de l'affiliation sociale. *« En fait il y a une vraie évolution depuis trois ans, il y a beaucoup plus de jeunes et de mineurs »*, constate un intervenant d'une organisation humanitaire intervenant en milieu festif techno.

Nous avons dans nos précédents rapports fait état d'une représentation féminine significative et problématique. L'enquête 2005 reconduit les mêmes conclusions pour cette année encore. La présence de femmes au sein de ces populations désaffiliées ou en voie de l'être ou en quête d'affiliation alternative ou normée, vivant en squat ou apparenté, en camion, à la rue ou en structure d'urgence, n'a pas diminué en 2005. Des mineures sont toujours identifiées au sein de ces publics.

Dans les structures de première ligne, c'est en effet parmi les usagers les plus jeunes que la population féminine est la plus nombreuse. *« Dans ces groupes-là, c'est moitié hommes et moitié femmes. C'est ça qui nous intéressait aussi pour travailler avec ces groupes »*, explique un responsable d'un lieu de première ligne. Même constat dans une autre structure, où les femmes proches du monde techno underground et qui fréquentent leur dispositif sont un peu plus nombreuses que leurs aînées qui le fréquentent peu. Pour les dispositifs de première ligne, le rajeunissement du public va de pair avec l'augmentation de la féminisation. Pour une structure, c'est *« dans les tranches d'âge les plus basses qu'il y avait le plus de femmes. (...) Cette année, (...) on a eu (...) beaucoup de gens entre 18 et 22, et énormément de femmes »*. C'est aussi le cas pour un autre dispositif où, si sur la globalité du dispositif les femmes

représentent 15 % de l'effectif, parmi « *le public le plus jeune, nous ne sommes pas loin du tiers* », explique un intervenant.

L'usage de drogue, associé à la grande précarité, crée des situations de grandes vulnérabilités tant sur le plan sanitaire que social. Parfois, la rupture sociale est telle que l'enjeu consiste à créer un premier lien pour ensuite envisager de mettre en place un suivi de la grossesse. Ce n'est pas toujours simple. C'est le cas pour cette jeune femme de dix-huit ans et demi, enceinte de cinq mois qui vit dans un parking. « *L'enjeu, c'est de réussir à la faire entrer dans la filière de soin. Actuellement, elle n'a eu aucun examen en cinq mois et demi... C'est le plus compliqué, c'est quelqu'un qu'on n'arrive pas à attraper* », déplore le responsable d'une structure de première ligne.

Cette vulnérabilité s'accroît d'autant plus lorsque le contexte social est porteur de violence. Les grossesses sont dans ces contextes d'une grande complexité à accompagner pour les intervenants des structures de première ligne. Ce fut le cas dans quelques situations rencontrées : « *Elle consommait pas mal de produits (...) elle a tout arrêté pendant sa grossesse, a priori, elle a l'air de tenir un petit peu, mais (...) la complication, c'est un problème de violence du compagnon* », explique un éducateur.

Dans tous les cas, ces situations mobilisent un partenariat nourri d'enjeux multiples : suivi médical de la grossesse, hébergement social, soin en toxicomanie, protection de l'enfance, dans un contexte où les solutions sont peu nombreuses et difficiles à mobiliser. Notamment lorsque les questions d'usages de produits n'arrivent pas à être abordées. « *On a toujours un système d'hébergement (nuits d'hôtel) pour lancer les choses, mais ... on s'aperçoit que ça ne se lance nulle part (...) Ce sont des situations qui restent à l'hôtel des semaines et des semaines, voire des mois. L'avant-dernière, on a craint qu'elle accouche à l'hôtel ...* »

Espace festif : pas de changement notoire

Les stratégies d'organisation observées ces dernières années sont stables

Suite à l'amendement Mariani, nous avons assisté, face à des mesures qui visaient à restreindre la production de manifestations autonomes par leur mise hors la loi, à des restructurations de l'espace festif. Plusieurs voies s'étaient dessinées : l'organisation de petits événements difficilement contrôlables, clandestins ou déclarés, l'utilisation d'établissements commerciaux, le repli sur des fêtes privées en appartement ou en maison de campagne, les événements transfrontaliers. Toutes ces stratégies étaient observables en 2005.

Comme les années passées, certains établissements commerciaux ont organisé ou co-organisé des soirées musicales électroniques en s'inscrivant parfois pleinement dans la « mouvance » culturelle techno. Plusieurs soirées ont donné lieu à des manifestations de plus de 1 000 personnes.

Des observateurs inclus dans des réseaux différents s'accordent à dire que les petites « free » se multiplient. Leur statut devient ambigu dans la mesure où leur taille les rend légales, même si dans la tête des organisateurs le côté culturellement « free » demeure. Pour un acteur de la réduction des dommages en milieu festif il est indéniable qu'il y a une « *Multiplication de petites teufs, et une diminution des grandes. On nous appelait et quelquefois on disait non, on ne se déplace pas pour une teuf privée de 100 personnes* »

L'examen rétrospectif des lieux de collecte SINTES montre cette diversité de taille des événements qui ont eu lieu sur le site. La collecte en elle-même n'est pas représentative de l'ensemble des événements. Mais sans intentionnalité particulière de ce point de vue, les collecteurs au gré de leurs stratégies ont collecté tant dans des rassemblements de plus de 2000 personnes que dans des « free » ou des « techno rave » de 500 à 2000 que dans des

« free » de 100 à 500 ou de 10 à 100, que dans des soirées privées de même taille ou plus réduite, ou encore en appartement.

Les générations se succèdent, les « anciens » prennent du recul, « la relève » se met en place

Autre facteur que nous avons commencé à identifier en 2004 : la succession des générations et la question de la « relève ». S'il est possible de voir des teuffeurs d'un « certain âge » dans les rassemblements festifs, il n'en reste pas moins que ces mouvements socioculturels se structurent à partir de populations jeunes. C'est même une caractéristique anthropologique de ce type de mouvement : ça sert à « faire sa jeunesse ». Si une partie de la classe d'âge des 25-35 se retire progressivement, des nouveaux de moins de 25 ans et parfois très jeunes s'emparent de l'espace et « recréent » le mouvement en le perpétuant. Une observatrice de la génération précédente constate que « *maintenant les fêtes, elles se font en privé chez des gens. Il y a des free parties qui se font (...) vachement plus jeunes et nous, on ne connaît plus personne du tout* ». Les jeunes organisateurs ne sont pas dans les usages problématiques de l'espace urbain et renouvellent les valeurs idéalisées du mouvement qui s'est développé au milieu des années 90 en France. C'est ce que remarque cette observatrice : « *il y a (...) " la relève " qui n'est pas du tout la population urbaine. Je rencontre des jeunes, ils ne sont pas du tout dans la drogue. Ils prennent de la coke, des taz, mais ils ne sont pas dans l'héro, la kéta, à l'arraché. Ils ont la motivation qu'on avait. Ils font des free à 250 (...) ils (ne) vont (pas) dans les centres de soins parce qu'ils n'en ont pas besoin* ».

D'un point de vue culturel, tous les observateurs s'accordent à dire que le hardcore et le hardtek sont les courants musicaux les plus représentés désormais. À l'instar de ce que l'on peut voir ailleurs en France, le drum & bass, et la trance ont considérablement réduit leur influence du moins dans le monde des « free ».

Notons aussi, peut-être un signe de faiblesse du mouvement sur le plan local (du fait de la passation des générations ?), mais pour la première fois depuis plusieurs années consécutives, il n'y a pas eu de teknival du « sud de la France » dans le sud à la fin de l'été 2005.

BHD

Cadrage de la CPAM et stabilisation des pratiques

En 2005, la CPAM a poursuivi la démarche de cadrage des pratiques des usagers et des praticiens, qu'elle avait démarrée au printemps 2004. D'une part, les contrôles auprès des usagers se sont poursuivis : un médecin explique que « *ce n'était pas les grands délinquants (...) ils avaient déjà été pris en 2004, c'était ceux qui sont (...) dans une stratégie de survie : " je prends du Subutex®, mais j'en vends la moitié, ça va me faire l'argent de poche pour bouffer "* ». D'autre part, quelques prescripteurs se sont vus interrogés sur certaines de leurs prescriptions. Un médecin généraliste de ville témoigne « *comme je suis un très gros prescripteur, que je vois beaucoup de patients, ils sont venus m'interroger. Mais comme on avait pris les devants et qu'on avait demandé qu'on analyse nos prescriptions, pour pouvoir en discuter avec eux, parce qu'ils avaient quand même des informations intéressantes, ... ça a été confraternel* ».

Les phénomènes observés cette année sont le prolongement de 2004 et révèlent comment usagers, médecins, et pharmaciens s'adaptent à cette nouvelle donne. Ainsi, les médecins sont plus vigilants et un certain nombre d'entre eux, parmi les plus engagés, refusent de prendre de nouveaux patients. D'autres ne s'engagent avec de nouveaux patients que s'ils sont envoyés par un confrère connu, ou suivis par un CSST. Pour autant, le niveau de prescription reste important et il est possible de se procurer du Subutex® hors prescription. En comparaison de la situation en 2003-2004, la disponibilité et l'accessibilité du Subutex® ont diminué sur le site.

Les lieux de réduction des dommages font le constat que les usagers ont, dans une grande majorité, modifié leurs pratiques : « *Il y a beaucoup de gens qui se sont rangés* », constate un responsable d'un dispositif de première ligne.

La stabilisation des prix observable dès la fin 2004 s'est confirmée en 2005 : on peut considérer que le prix du Subutex® hors prescription a doublé par rapport à la période antérieure aux contrôles. En 2005, difficile de trouver un comprimé de 8 mg en dessous de 5 €. Le prix pouvant monter jusqu'à 12 €. En moyenne, les prix s'étagent entre 5 et 10 € selon que la vente se réalise pendant des jours ouvrables ou le week-end.

Cette diminution de la disponibilité de la BHD par la voie médicale a conduit les usagers à revoir leurs stratégies pour maintenir une disponibilité hors prescription. Plusieurs possibilités sont envisagées pour expliquer la disponibilité toujours importante du Subutex® hors prescription. Aucune à elle seule ne fournit une explication exhaustive et satisfaisante. C'est probablement dans la combinaison de ces différentes stratégies que l'explication se trouve. La première stratégie, souvent évoquée par les acteurs et confirmée par quelques usagers, consiste à se faire prescrire sans consommer puis à revendre les quantités obtenues. Cette pratique qui consiste à vendre, donner ou échanger des quantités non consommées est ancienne et vaux pour l'ensemble des produits prescriptibles susceptibles d'avoir un quelconque intérêt chez les usagers de substances psychoactives. La nouveauté tiendrait dans l'organisation que certains revendeurs auraient mise en place en utilisant plusieurs personnes, des « mules » qui iraient obtenir des prescriptions pour leur compte. Une autre stratégie déjà signalée en 2004, consiste à ne pas présenter la prescription au remboursement afin d'échapper aux contrôles. Il conviendrait, pour mesurer sa réalité, de mener une enquête auprès des pharmaciens. Un rapide sondage téléphonique réalisé par le CEIP auprès de quelques pharmaciens impliqués dans une démarche de pharmacovigilance avait montré que ce n'était pas le cas. Cependant, en l'absence d'une enquête plus large, il est difficile d'écarter

complètement cette hypothèse, qui, en tout état de cause, ne devrait pas montrer des résultats très importants. De toute façon, si cette pratique prenait une ampleur significative, le pourcentage de Subutex® vendu hors remboursement ne passerait pas inaperçu : rappelons que les années précédentes cette part du Subutex® délivré était estimée à 5 %. Enfin, certains essaient d'utiliser les limites du système de contrôle. Le principe consiste à avoir des prescriptions qui n'apparaissent pas sur les ordinateurs de la Caisse Primaire d'Assurance-maladie. Ainsi certains peuvent avoir recours à des prescriptions hors départements. Là aussi, l'importance de cette méthode doit être relativement limitée puisqu'elle implique de trouver prescripteurs et pharmaciens qui acceptent. « *Des patients (...) ont compris par exemple que (...) si tu vas te faire marquer du Subutex® dans l'Aude qui est une autre Caisse Primaire, ce n'est pas Midi-Pyrénées et, à Toulouse, on aura un peu plus de temps à te trouver. On a eu aussi quelques effets comme ça.* », explique un praticien hospitalier. « *J'en ai eu deux ou trois comme ça dans ma consultation, (...) qui avaient compris que c'était compliqué de croiser un médecin généraliste de ville avec l'hôpital. (...) Il y a quelques patients qui étaient passés entre les mailles, (...) suffisamment habiles pour émarger au Centre Méthadone où là (...) ça ne va pas à la Caisse (...) et le Subutex® en médecine de ville.* »

On le voit, les mesures de cadrage ont conduit à une multiplication de « petites combines » moins faciles et plus aléatoires pour maintenir un certain niveau de disponibilité de la BHD hors prescription. Il conviendra de voir dans les années à venir comment l'introduction d'un générique où l'éventuelle inscription au tableau des stupéfiants de la BHD, viendront modifier la situation actuelle.

Une image globalement dégradée

Drogue ou médicament, l'image du Subutex® s'est dégradée au fil des dernières années. Les mésusages, l'injection, le trafic, la difficulté à arrêter, affectent l'image de la BHD tant chez les usagers que chez bon nombre de soignants. Le site a connu en l'espace de deux années une série de secousses à propos du Subutex® : d'abord les « affaires » judiciaires largement relayées par la presse locale, puis montrées du doigt par l'étude CNAM/OFDT publié en juin 2004, pour son taux de mésusage et de trafic, ont ébranlé le capital de confiance d'un traitement qui était déjà mis en doute sur le site par de nombreux acteurs. Même si, les cas pour qui le traitement fonctionne sont toujours rappelés comme pour conjurer un sort qui s'acharne. Après tout, si l'on s'en tient aux critères de l'étude CNAM/OFDT, une grande majorité d'usagers ont un comportement adapté. Mais cela ne suffit plus à endiguer le sentiment des professionnels du soin et de la réduction des dommages pour qui la réalité semble moins idyllique que les chiffres.

L'injection reste un point noir et les usagers eux-mêmes ont de ce point de vue une représentation négative du Subutex®. « *La négativité de la représentation du Subutex® surtout en injectable commence un peu à circuler, (...) ça se répand que le Subutex® n'est quand même pas un bon produit à injecter* », constate un médecin spécialisé. Malgré tout, parmi les jeunes usagers qui « débutent dans la carrière », le Subutex®, garde pour certains, l'image d'une drogue injectable. Un éducateur de rue remarque que chez les jeunes marginalisés, la BHD reste une drogue à injecter : « *Si tu es dans la rue et que tu zones (...) que tu as 17 ans (...) tu ne connais pas trop (...) tu te mets au Subutex®. (...) ... il y a tout ce fantasme autour du Subutex® qui reste l'opiacé " injectable " ».*

Cette possibilité d'injection entraîne l'image du Subutex® vers la drogue de rue et la toxicomanie au point d'en faire, pour les populations les plus marginalisées, un emblème. C'est particulièrement vrai pour les usagers qui fréquentent les structures de première ligne, qu'ils soient, usagers de Subutex® ou pas d'ailleurs. De fait, l'image du Subutex®, médicament de la dépendance aux opiacés, se voit malmenée. Progressivement, par opposition à cette représentation du Subutex®, celle de la méthadone se voit réhabilitée.

Après avoir été considérée comme un traitement lourd et peu maniable, elle devient finalement, pour bon nombre d'entre eux, préférable à la BHD. « *Ils disent que le Subutex® c'est quand même moins bien, ce n'est pas un bon médicament, qu'il vaut mieux prendre de la méthadone si on veut se soigner* », remarque un médecin d'un centre méthadone.

L'autre point noir réside dans la difficulté à arrêter le Subutex®, « à en sortir ». Cette représentation largement répandue chez les usagers. « *" C'est dur à arrêter ", c'est ce qui revient le plus, je crois* », explique un médecin généraliste. Cette représentation est aussi de plus en plus souvent partagée par les soignants. Un praticien, particulièrement impliqué dans les prises en charge, en fait le constat un peu amer : « *Et les sorties, personne ne sait ce que cela veut dire, les sorties !* ». C'est un peu à un épuisement auquel finalement se confrontent les professionnels, qui après plusieurs années d'engagement enthousiaste se retrouvent avec des problèmes insolubles : grande précarité et comorbidités psychiatriques notamment. De fait, un agoniste partiel antagoniste des récepteurs opiacés, ne peut à lui seul régler tout cela. Ce sentiment d'impuissance fragilise l'implication des acteurs de santé les moins engagés. À l'instar de cette pharmacienne qui déplore de ne pas avoir vu, en dix ans, une sortie de la toxicomanie. Récompense du praticien qui s'investit, mais aussi réponse aux détracteurs qu'il faut convaincre. Ainsi, cette conversation avec une préparatrice en pharmacie :

« - *Tu n'en as jamais vu s'en sortir depuis que tu es à l'officine ?* »

« - *Non, jamais. Moi, j'aurais aimé ! (...) J'aurais voulu prouver aux pharmaciens qu'il y a des gens quand même qui, dans la vie, s'en sortent* ».

Après dix ans, les objectifs de la substitution sont toujours à clarifier et les réseaux de prise en charge à mobiliser. Au risque, dans cette période de remise en cause des choix politiques sanitaires engagés au milieu des années quatre-vingt-dix, d'un repli entre spécialistes qui ne conduirait qu'à l'impasse.

Héroïne

Pas le grand retour, mais une présence qui s'affirme dans l'espace festif techno

L'idée que l'héroïne avait, si ce n'est quasiment disparu, du moins considérablement régressé depuis la mise en place des traitements de substitution, conduit chaque année les acteurs interrogés par le dispositif TREND à évoquer de façon plus ou moins forte l'éventualité de son « retour ». Ainsi, depuis au moins trois ou quatre ans, l'héroïne « revient ». Doucement ici, de façon plus sensible là, mais « le retour » est imminent. Si un retour de l'héroïne signifie une présence massive dans l'ensemble des espaces observés et une disponibilité et une accessibilité auprès d'une grande diversité de groupes de consommateurs, alors 2005 n'est pas encore l'année du grand retour. De plus parler d'un « grand retour » impliquerait que sa disponibilité soit attestée par toutes les sources sans aucune exception. De ce point de vue, ce n'est pas le cas car puisque pour l'espace urbain, aucune source sanitaire n'en a fait le constat cette année. L'héroïne est toujours présente pour les observateurs de l'espace urbain, pas moins qu'en 2004, mais guère plus non plus. « *Tout le monde dit qu'il y en a... On ne voit jamais un mec piquer du nez, enfin si, quand il y en a un, on le voit, et on se dit : " tiens y en a ! (...) Quand on distribue du matériel, et qu'on demande si c'est pour du Sub pour les Stérifilt, rares sont ceux qui disent : " non, non, c'est pour de l'héro "* », explique un responsable de structure de première ligne. Dans les dispositifs de réduction des risques, les usagers en parlent peu, et les demandes de soins pour l'héroïne existent toujours mais ne connaissent pas une croissance significative.

En revanche, dans l'espace festif techno underground, il semble que la disponibilité soit importante et probablement supérieure aux années précédentes. Ici, le retour se poursuit et peut-être s'intensifie un peu. Une note ethnographique rapporte que « *les témoignages de*

l'ensemble des usagers du milieu festif techno rapportent la présence d'une héroïne de très mauvaise qualité présente en grande quantité ». Dans d'autres réseaux, un intervenant de la réduction des dommages en milieu festif croit percevoir que « l'héroïne, revient à grands pas » et une bénévole qui intervient également dans cet espace, mais dans d'autres circuits s'inquiète car elle a « l'impression qu'il y a une vague de came, d'héro, enfin on en voit partout, et je sais pas ce que ça va donner ? »

Une collectrice SINTES, enfin, observatrice de l'espace festif techno depuis plusieurs années résume ainsi la situation : « à mon époque de l'héroïne on n'en trouvait quasiment pas, tout ce qui était free party, peu importait le son, en tout cas (...) c'était un produit que tu ne trouvais pas, et là, tu en trouves de plus en plus. »

La présence de l'héroïne dans l'espace festif techno n'est, de toute évidence, pas un événement récent. L'évolution sensible que ces témoignages rapportent est à replacer dans une chronologie déjà amorcée, il y a plusieurs années. Toutefois, la convergence des observations nous incite à penser que, dans cet espace, la disponibilité est importante et que, d'année en année, elle augmente sensiblement.

Les prix sont stables par rapport à 2004 et restent plus bas que ceux de la cocaïne. Dans l'espace urbain, l'héroïne brune se vend entre 40 et 60 € le gramme. Le prix de la blanche n'est pas connu dans la mesure où les usagers n'en parlent jamais et que cette forme semble rare sur le site en 2005. Des fourchettes de prix équivalents sont aussi rapportées de l'espace festif dans une note ethnographique : « De 40 €/g une héroïne qualifiée de " forte " par des usagers réguliers à 60 €/g une héroïne achetée dans une free hardcore. D'après ces mêmes informateurs, l'héro trouvée dans cette free était de mauvaise qualité, ils ont dû en prendre plusieurs fois pour commencer à sentir les effets recherchés habituels. »

La qualité semble aléatoire, souvent médiocre, parfois qualifiée de « bonne ». Usagers et services répressifs sont d'accord pour dire que l'héroïne est globalement de mauvaise qualité sur le site. L'an passé, comme en 2004, de l'héroïne contenant des produits de coupage dangereux a conduit à des troubles sanitaires. Il semble que cette héroïne provienne d'Espagne. C'est au moins le cas dans une situation rapportée dans une note ethnographique où deux femmes d'une trentaine d'années qui s'approvisionnaient à Barcelone auront un accident de la route au retour et se retrouveront à l'hôpital après avoir sniffé l'héroïne qu'elles avaient achetée. Les deux ont présenté une perte de la mémoire sur une période postérieure à la consommation et antérieure à l'accident. En 2005, nous avons collecté des échantillons d'héroïne ayant posé problème. En avril, plusieurs témoignages indiquaient la présence d'une héroïne dont les problèmes sanitaires, troubles mnésiques et perte de conscience rappelaient ceux déjà rencontrés l'an passé. L'analyse d'un échantillon révéla la présence d'héroïne (7,3 %), de morphine (38,4 %) de noscapine, de codéine, d'alprazolam et de papavérine dans des proportions respectivement non connues. En octobre, signalée par un centre de première ligne, une héroïne provoque des douleurs et des lésions de la cloison nasale. L'analyse ne révélera rien qui puisse expliquer ces problèmes, mais en revanche fit apparaître à peine 0,8 % d'héroïne, 2,8 % de 6 mono acétylmorphines, 2,7 % de codéine, puis dans des proportions non connues, de la codéine acétylée, de la papavérine, de la noscapine. Tous les échantillons collectés contenaient très peu d'héroïne. La présence d'une benzodiazépine (alprazolam) dans l'un d'entre eux peut expliquer les problèmes mnésiques et les pertes de conscience. Ce type de coupage problématique a déjà été rapporté dans d'autres sites (Bordeaux).

Il n'y a pas de nouveau groupe d'usagers, ni de nouveaux modes d'administration ou d'effets émergents. Les usages d'héroïne associés à la cocaïne de type « speed ball » sont toujours mentionnés, ponctuellement, ou de façon plus régulière chez certains usagers. Pour les jeunes de l'espace festif, la régulation des consommations de stimulant en fin de week-end est toujours présente, comme l'explique un observateur : « genre on s'est bien mis la tête samedi, aller on se prend un gramme d'héroïne pour redescendre le dimanche ».

Notons que l'usage en milieux festifs pour « redescendre » ou réguler les consommations de stimulants peut dans certains groupes de jeunes usagers se faire par la voie veineuse. « *La seringue (...) pour consommer certains produits reste quand même un moyen repéré comme étant vraiment du côté de la défonce y compris pour l'héroïne de redescente* », remarque un intervenant d'une structure de première ligne.

Méthadone

Depuis plusieurs années déjà, les prescriptions de méthadone en médecine de ville augmentaient sensiblement, conduisant progressivement à un rééquilibrage des deux traitements de substitution. Le site ayant développé depuis le début de la mise en place des traitements, un très important recours au Subutex® au détriment de la méthadone.

En 2005, les nouvelles inclusions des centres de prescription sont souvent motivées par l'arrêt du Subutex®, et particulièrement pour des problèmes liés à son injection.

Cette augmentation de la méthadone prescrite sur le site, élève mécaniquement le niveau potentiel de la disponibilité de la méthadone hors prescription. Toutefois, les observateurs ne notent pas, comme ça a été par le passé et comme c'est toujours le cas dans une moindre mesure, un niveau de détournement et de trafic comparable au Subutex®. À l'instar des autres années, il est possible d'observer des transactions autour de certains lieux fréquentés par les usagers de drogues. La revente de méthadone existe, et des usagers se présentent pour intégrer un programme en ayant déjà initié une consommation en dehors de toute prescription. Mais, pour un intervenant de la réduction des dommages, « *on ne peut pas parler de trafic (...) Il s'agit plutôt de dépannage entre usagers. Un usager a envie de réduire sa consommation prescrite, et conserve la partie qu'il n'utilise pas. Au bout de quelque temps le voilà possédant un " joli petit stock ". Ramener tout ça au centre ? " ça fait chier ". Il suffit alors qu'un " pote se soit fait braquer sa métha dans la bagnole et allez, j'te dépanne... "* ». Comme d'autres produits utilisés depuis longtemps par les usagers de drogues, la méthadone n'échappe pas au petit trafic, mais l'ampleur du marché reste contenue.

Dans la configuration des opiacés prescriptibles la méthadone à l'image du produit « sérieux », à la fois « qui défonce » -c'est un agoniste plein- mais comme traitement aussi, car contrairement au Subutex®, elle ne s'injecte pas. Ainsi, lorsqu'il s'agit de « traiter la toxicomanie », dans l'esprit de nombreux usagers, « *la méthadone, c'est mieux* ». Mais, de part son ancienneté comme traitement de substitution et son accessibilité plus ou moins protocolaire, la méthadone reste attachée à l'image du toxicomane, « du vrai », ce qui conduit certains praticiens à utiliser parfois la codéine comme troisième possibilité. Au sein du Réseau Ville Hôpital, plusieurs dizaines de patients, « *qui ne veulent pas aller à autre chose* » bénéficient d'une prescription de Dicodin®. Pour ces patients, « *... la méthadone est trop marquée du côté de la toxicomanie et le Subutex® ce n'est pas un bon produit* », conclut un spécialiste.

Sulfate de morphine

Les sulfates de morphine n'ont jamais connu un niveau de prescription très important sur le site. Une disponibilité du Skenan® existe principalement, mais elle reste très limitée. Les usagers préfèrent le Skenan® au Moscontin® pour des raisons de facilité d'injection. Cette situation est stable depuis plusieurs années. À certains moments, la présence sur le site d'usagers bénéficiant de prescriptions, en provenance de ville où ce type de produit est plus facile à obtenir a fait ponctuellement fluctuer la disponibilité des sulfates, qui restent à un

niveau globalement faible. Quoi qu'il en soit, des usagers obtiennent des prescriptions de sulfates de morphine et des médecins en prescrivent. Une partie de ces prescriptions fait l'objet d'un petit trafic. Il s'agit de revente ou d'échange d'une partie des traitements car la faible accessibilité médicale des sulfates fait des usagers qui bénéficient d'une prescription des « privilégiés » qui la préservent.

Dans les lieux de première ligne, il est possible d'identifier deux principaux groupes de consommateurs de sulfate de morphine : d'une part, les jeunes usagers qui ont réussi à trouver un médecin, souvent en possession d'une ordonnance faite dans une autre ville. Ce groupe est principalement injecteur de « *sken* » ; d'autre part, quelques « anciens usagers » qui avaient obtenu une prescription lors de la mise en place de la substitution au titre de la maladie. Chez les « anciens substitués », on observe aussi que certains sont passés au Moscontin® pour arrêter l'injection de Subutex®.

Néocodion® et Dicodin® : les alternatives codéinées

La codéine, principalement la spécialité Néocodion®, est utilisée par les usagers de drogues depuis de nombreuses années. Rappelons qu'avant la mise en place des traitements de substitution, le recours à la « boîte verte » était, pour de nombreux usagers, le moyen de réguler, de réduire ou d'essayer d'arrêter l'héroïne.

Sur le site, la disponibilité et l'accessibilité de la BHD a relégué l'alternative codéinée au second plan. Pendant que les ventes de Subutex® progressaient exponentiellement, celles du Néocodion® baissaient proportionnellement, et les trottoirs toulousains se débarrassaient progressivement de leurs « boîtes vertes ».

La « crise » du Subutex® depuis les contrôles de la CPAM a conduit certains usagers à un repli sur le « *néo* ». C'est le constat que peuvent faire certaines officines : « *Quand le Subutex® est monté, le Néocodion® avait vraiment baissé (...) Et là, (...) Il remonte* », explique une préparatrice en pharmacie.

Le Dicodin® est utilisé en prescription, comme nous l'avons évoqué précédemment, pour un peu plus d'une cinquantaine de patients pour qui, ni le Subutex®, ni la méthadone ne conviennent. Il s'agit souvent de patients jeunes, pharmacodépendants, faiblement engagés dans des pratiques de toxicomane et utilisant la voie nasale.

Les codéinés ont toujours une place dans les alternatives possibles aux problèmes de toxicomanies aux opiacés : le Néocodion® dans les multiples stratégies d'auto-substitution, et le Dicodin® prenant place dans une offre de prescription « coincée » entre Subutex® et méthadone.

Opium-rachacha

Depuis que l'on mène des observations sur le site, la consommation d'opium ou de rachacha a toujours été présente. Observée essentiellement dans l'espace festif techno non commercial, plutôt de façon saisonnière, sa consommation est orientée principalement dans une recherche de régulation, pour « redescendre » des stimulants et/ou des hallucinogènes. Les usages pour une recherche d'effets intrinsèques sont rares.

La présence de plus en plus nombreuse dans les structures de première ligne d'usagers fréquentant l'espace festif techno rend plus visible ce type de consommation dans l'espace urbain. Ainsi, « *il y a deux ans, on en entendait parler, mais de façon exceptionnelle, là, c'est beaucoup plus présent* », constate un responsable de structure.

La vente d'opium n'est pas fréquemment rapportée, et bien souvent le rachacha fait l'objet de « dons », ou d'échange contre d'autres produits, il est envisagé dans une économie de troc. Cette année, dans une note ethnographique le prix du gramme d'opium est situé entre 40 et 70 €.

Cocaïne : pas de changement, la croissance continue

Une disponibilité et une accessibilité grande, des qualités variables

« Saisie exceptionnelle de 250 kg de cocaïne interceptés par les policiers du SRPJ. La marchandise arrivait de Colombie et était destinée à la ville rose » écrivait un quotidien local en juillet dernier. Cette prise au caractère exceptionnel donne une indication des volumes en circulations sur le site. Ce n'est pas nouveau. Depuis, au moins 2001, chaque année, l'ensemble des sources est unanime à considérer que la diffusion et la consommation de la cocaïne, progressent sur le site. Si la disponibilité et l'accessibilité de la cocaïne sont toujours très importantes, la qualité fluctue et les prix sont stables. Ainsi, les multiples « coupes » effectuées au fil des intermédiaires réduisent la qualité et peuvent avoir une incidence sur les prix. Un usager-revendeur expliquait à un inspecteur de la brigade des stupéfiants « *celle-là, je la vends à quatre-vingt-dix, celle-là, je la recoupe, je la vends à soixante* ». Toutefois, qualité et prix ne coïncident pas toujours de façon aussi parfaite. Des prix élevés recouvrent parfois des qualités médiocres. En revanche dans certains réseaux relativement bien structurés, des poudres contenant des taux relativement élevés sont vendues à des prix « corrects ». Si parfois les usagers se plaignent de mauvaise qualité, ce n'est pas toujours du fait de faibles taux de cocaïne des produits importés qui circulent sur Toulouse. Des analyses faites dans le cadre de SINTES montrent parfois, au contraire, des taux très élevés. C'est aussi le constat des services de police : « *plusieurs fois, il y a eu des taux importants* ». Tout dépend du niveau de l'intermédiaire auquel on a affaire.

La fourchette maximale de prix rapportée dans les différentes sources TREND, en 2005, tous espaces confondus, va de 50 à 120 €. Les écarts dépendent principalement de la qualité du produit et de la relation acheteur/revendeur. Car, si les prix sont globalement un peu plus élevés dans l'espace festif commercial, les moyennes les plus fréquemment rencontrées sont sensiblement proches : de 60 à 90 €, plus fréquemment autour de 60-75 € dans les réseaux proches de l'espace festif techno underground, et plus élevées (70-90 €) lorsque l'on s'adresse à des usagers-revendeurs en position éloignée du semi-grossiste.

Une diversité des populations qui consomment la cocaïne de différentes manières

Par rapport aux années précédentes, il n'a pas été observé de nouveaux groupes de consommateurs de cocaïne. Tous les groupes d'usagers fréquentant l'espace urbain ou festif sont susceptibles d'en consommer. La cocaïne concerne des publics insérés ou marginaux, des classes sociales modestes ou élevées, des personnes fréquentant l'espace festif commercial ou underground, des « *jeunes en errance* » ou d'« *anciens toxico substitués* » des structures de première ligne. Cette année encore les différentes sources mises en œuvre témoignent de cette diversité.

Dans les populations insérées, la cocaïne continue sa diffusion, notamment sur les lieux de travail. Une note ethnographique explique que « *cette année, à plusieurs reprises, des usagers ont rapporté leurs expériences de consommation de cocaïne sur leur lieu de travail avec des collègues dont ils et elles n'imaginaient pas ces pratiques, alors (qu'eux) les avaient identifiés comme des consommateur-trice-s* ». Ainsi des usagers insérés socialement fréquentant l'espace festif techno, « *notent que leurs collègues s'adressent plus facilement à eux pour se procurer de la cocaïne* ». Un praticien hospitalier a reçu « *tout un réseau* » de personnes « *bien insérées dans une très grosse boîte toulousaine (...) envoyées par le médecin du travail* ». D'abord une patiente, puis progressivement les collègues ont été amenés à consulter également. Les usages représentatifs de ce type de groupe de consommateurs : des

consommations sans dépendance marquée « *mais très régulières* » de chlorhydrate par voie nasale. Il s'agit dans ce type d'usage d'être « *performant dans le boulot, (...) performant pour faire la fête le soir, et en plus (...) avoir des histoires sexuelles un peu compliquées* ».

« Insertion » ne signifie pas toujours : classes sociales moyennes ou supérieures. La cocaïne est aussi diffusée dans des milieux plus modestes, comme le rapportait un témoignage publié dans la presse locale : « *Ce technicien de 26 ans (...) employé dans les travaux publics, dit " n'être qu'un consommateur occasionnel ". Pour lui la cocaïne, c'est l'assurance d'une soirée réussie* ».

La cocaïne a une place plus ou moins centrale dans la fête selon les groupes. Représentation culturelle de la fête et de la place des psychotropes, moyens économiques, disponibilité et accessibilité du produit dans le groupe, déterminent le caractère central ou accessoire de la cocaïne. Ainsi, pour un responsable d'observation TREND, la cocaïne est « *plus incluse comme un élément de la fête pour les consommateurs du milieu festif commercial* », que dans l'espace techno underground, où de toute façon, les produits sont multiples et largement disponibles. L'espace festif commercial, dans son ensemble, est concerné par la consommation de la cocaïne. Les établissements, « *select* », « *mixtes* » ou « *périphériques* » sont toujours concernés comme les années passées. Les lieux festifs à connotation sexuelle homo ou hétéro également. Cette année, note une observatrice, « *la cocaïne se fait remarquer dans les espaces hétéro-multipartenaires commerciaux, (...) avec l'arrivée des jeunes couples non habitués* ».

Pour le public inséré consommateur, les fêtes se déroulent aussi en appartement, parfois centrées « *autour de la consommation de cocaïne : soirée " coke "* » (note ethnographique).

Les populations marginales fréquentant les structures de premières lignes sont aussi consommatrices de cocaïne. Malgré la précarité, observe un responsable d'un dispositif de réduction des dommages : « *il y a des gens qui claquent leur blé là-dedans et qui sont finalement amenés à dealer, pour certains* ». Usagers sous substitution qui consomment de la cocaïne plus ou moins ponctuellement : « *ils étaient au Sub et ont des extras, mais des extras qui reviennent un peu trop régulièrement* ». Et pour certains d'entre eux, le problème de l'addiction à la cocaïne se pose. Un intervenant d'une structure de première ligne constate que parmi les usagers qui fréquentent la structure depuis longtemps, certains « *sont accros à la coke* ». Dans ces structures, de plus jeunes usagers plus ou moins proches de l'espace festif techno, sont aussi des consommateurs de cocaïne. Ainsi, « *les travellers ou les teufeurs (...) quand ils ont de la bonne coke ne crachent pas dessus, mais c'est pris dans le contexte des autres consommations festives* », commente un éducateur.

On le voit, les usages de cocaïne peuvent recouvrir des réalités très différentes selon qu'il s'agisse d'un usage occasionnel opportuniste, à l'instar de ce consommateur de 29 ans : « *ah non la cocaïne c'est quand on m'en propose, ce n'est pas forcément dans des fêtes, ça peut être chez des amis, c'est occasionnel, je n'en achète jamais* » ; ou d'usages ponctuels plus ou moins réguliers ; « *l'addiction festive* » où le sujet ne peut faire la fête sans cocaïne, au point que la cocaïne devient « *la fête elle-même* » ; et enfin, les usages qui vont devenir une véritable toxicomanie au sens où l'utilisateur devient de plus en plus engagé dans la recherche de plan d'achat et de revente pour assurer une consommation de plus en plus onéreuse.

Comme les années précédentes, les modes d'administration se répartissent entre la voie nasale, la plus répandue ; l'injection, prépondérante pour les usagers qui fréquentent les structures de première ligne et la fumée de cocaïne base. Du fait de la concentration plasmatique que procurent l'injection de chlorhydrate et la fumée de free base, il est normal que l'on retrouve plus fréquemment ces modalités d'administration chez les usagers les plus engagés dans leurs pratiques de consommation de cocaïne. Une note ethnographique rapporte que dans les dispositifs de réductions des dommages, « *la cocaïne est principalement injectée*

(...) " *la cocaïne sniffée c'est de la cocaïne gâchée* " », selon la formule des usagers. L'injection compulsive de cocaïne nécessite de multiplier les injections et donc les seringues. L'impossibilité de fumer la cocaïne à l'état de chlorhydrate conduit ceux qui souhaitent avoir recours à l'inhalation à chaud à baser la cocaïne au préalable. Nous ne reviendrons pas cette année sur les modes de préparation du free base qui ont été détaillés l'an passé dans le cadre de l'investigation spécifique sur la cocaïne. Le bicarbonate et l'ammoniaque sont toujours les seuls produits identifiés sur le site pour effectuer la transformation à partir de chlorhydrate de cocaïne. Cette pratique discrète dans l'espace urbain est cependant répandue et de nombreux consommateurs avertis savent « baser leur coke ». Elle est plus visible dans l'espace festif techno non commercial en free party et évidemment en teknival. Mais dans les réseaux plus ou moins proches de cet espace, des « sessions » où l'on enchaîne les « pipes » se déroulent aussi bien en appartements dans des publics plus ou moins insérés, en squat ou en camion pour les jeunes en voie de désaffiliation ou en quête d'affiliation alternative.

Baser est aussi envisagé comme une façon de « purifier » sa cocaïne, ça permet de « vérifier ce que l'on achète ». Pour certains usagers c'est aussi une façon de consommer « à donf » sans passer par l'injection, pratique rejetée pour des raisons culturelles (refus de l'injection) ou physiques (système veineux endommagé). « *Les quelques prostitués, garçons ou filles qui se shootaient à la cocaïne, ont fini par se foutre dans des ennuis de santé, donc ils se sont mis à baser* », explique un médecin généraliste.

En plus des risques majeurs de pharmacodépendance liés à ce mode de consommation, la cocaïne base est génératrice de problèmes sanitaires spécifiques, notamment chez des usagers déjà fragilisés par leurs antécédents de consommations et leurs modes de vie. « *Les ennuis de santé, c'est plus souvent que sur les autres produits, parce qu'ils ont déjà 35 ans, quand ils ont 20 ans de tabagisme et de cannabis, etc., les artères ne sont pas en très bon état et fumer de la cocaïne basée, ça te fout quand même des accidents cardiovasculaires non négligeables* », explique un praticien hospitalier.

Observations ponctuelles de début de toxicomanie induite par la cocaïne base

La consommation de cocaïne base fumée pose avec acuité le problème de l'addiction et comme l'année précédente, on observe des cas de pharmacodépendance. Peu d'entre eux arrivent vers le système de prise en charge spécialisé, mais la police commence à identifier ce type de situation. Il s'agit de « *gens qui consomment très très souvent, qui ont deux ou trois plans, qui vivent là-dedans... ils sont là : " ouais, on se dépanne... c'est festif... "*, et puis bon, ... ce sont des tox ! je veux dire qu'ils sont en situation de dépendance. (...) On en avait sept cette semaine, sur les sept, il y en a trois ou quatre qui sont toxico dépendants... », explique un inspecteur de police. Certains usagers, font des passages dans la dépendance à la cocaïne base et parviennent à décrocher sans avoir recours au système de prise en charge, à l'instar de cet homme de 28 ans, inséré socialement, actuellement consommateur fréquent de cannabis et occasionnellement de stimulants, qui ne présentent plus de pharmacodépendance après avoir été « *deux ans accro au crack, en fait (...) j'me suis déjà désintoxiqué du crack et pis, j'me suis désintoxiqué du bhang plus tard quoi, dès que j'ai pu...* ».

Un type de situation qui conduit d'une consommation abusive de cocaïne à une addiction aux free base/crack se repère dans une configuration qui allie vulnérabilité individuelle, disponibilité du produit liée à l'activité de revente, et contexte favorisant une surconsommation. Ce schéma se retrouve dans les témoignages d'usagers, de médecins ou des services répressifs. Si la vulnérabilité individuelle est difficilement accessible dans le témoignage direct (en dehors d'un contexte clinique), elle se déduit logiquement du fait que parmi les groupes de consommateurs initiaux quelques-uns seulement franchiront l'ensemble des étapes qui mèneront à une toxicomanie à la cocaïne base. Pour les autres facteurs, les sources convergent. Ainsi, les observations de la police sont éclairantes quant à montrer le

rôle de la cocaïne base dans le processus qui distingue les usagers simplement abusifs de ceux qui sont en train de devenir toxicomane.

Le responsable de la brigade des stupéfiants explique : « *On est sur un plan de coke où on découvre une trentaine d'usagers inconnus au bataillon. Des gens qui sont, pour la plupart totalement intégrés, certains bossent, sont sociabilisés. Bon, il y en a qui commencent à devenir... ceux qui la basent, la coke... on commence à avoir des vrais tox (...) par exemple, on avait une fille là, sur une affaire, il y a six mois, qui ne basait pas, et six mois après, elle base. (...) elle travaille, elle a un enfant, elle a trente-cinq ans, elle va acheter de la coke (...), (pour la revendre) elle me disait : " c'est festif " (...) Ce sont des gens qui ont commencé par la coke " normale ", usagers ordinaires... des usages en rail (...) qui dérapent. »*

Une première étape consiste à passer d'usager à usager revendeur. Bien souvent, il s'agit de se payer sa « conso », parfois de dépanner les amis, de leur faire partager « *un bon plan* ». Là aussi la vulnérabilité individuelle sera déterminante. L'augmentation de la consommation en quantité et fréquence, fragilise le système nerveux central par les mécanismes de tolérance et de dépendance, mais crée aussi les conditions sociales d'une demande plus importante de produit et donc accentue le « *business* ». Enfin, la rencontre avec la modalité spécifique qui consiste à fumer un produit fortement concentré en cocaïne (free base/crack) achève le processus. La trajectoire d'un usager-revendeur peut permettre de comprendre ce passage : « *Il m'avancait la coke à volonté, (...) j'avais juste à lui ramener les sous dès que j'avais tout vendu quoi. Et du coup, ça a été l'escalade progressive ... Parce qu'au début, ... j'connais pas le crack, (...) j'faisais que taper des traces, oh, j'suis vite passé à presque deux grammes de conso par jour, (...) j'voulais pas goûter au crack et le jour où j'ai goûté, ben, ça a été la fin de tout parce que là, c'était jusqu'à cinq grammes de coke par jour ! En fait, en gros, on fumait toute la nuit et toute la journée, je courais après les clients pour arriver à m'faire d'la tune pour pouvoir fumer la nuit. Et en fait, (...) j'faisais plus que ça quoi. (...) on s'est retrouvés comme des vrais tox, (...) on était dans un logement social, (...) y avait les types qui venaient (...) qui nous laissaient les gamins dans le salon et qui se shootaient dans la cuisine, c'était devenu n'importe quoi ... puis au bout d'un moment on s'est dit là bon, on part trop loin faut qu'on arrête tout, faut qu'on trouve une solution. »*

MDMA, ecstasy

Disponible et accessible dans les deux espaces

Pour la presse locale, l'ecstasy, ce « *petit cachet de couleur, se vend comme des pains au chocolat dans les lieux de fête. (...) Il y en a partout maintenant* ». Il y a en effet plusieurs années déjà que nous indiquions dans nos rapports l'importante disponibilité et accessibilité de la MDMA sous sa forme de comprimé. Les ecstasys et la poudre de MDMA sont en effet repérables sur l'ensemble de l'espace festif commercial ou alternatif. Les comprimés sont particulièrement présents sur l'espace festif commercial. Alors que la présence de MDMA en poudre est plus remarquable dans l'espace festif techno non commercial. Dans cet espace, la MDMA a été disponible tout au long de l'année, comme l'indique cette note ethnographique : « *La MDMA a été disponible toute l'année. À l'approche des fêtes de fin d'année, certains usagers, anticipant sur une éventuelle pénurie due au fait que les dealers, eux aussi, seraient " en vacances chez leurs parents ", se sont organisés pour en acheter en quantité suffisante pour leur groupe, par exemple 25g pour une dizaine de personnes.* »

Pour les usagers qui fréquentent les structures de première ligne, la MDMA, est considérée comme disponible dans sa forme comprimé ou poudre. Les usagers, notamment les plus jeunes, font référence à des consommations lorsqu'ils reviennent d'événements festifs. Il existe une accessibilité en ville en dehors des lieux festifs.

La qualité de la MDMA selon sa présentation en poudre ou en comprimé est variable. Si la poudre est plus facilement susceptible de « coupe » que l'ecstasy qui, une fois compressée, ne peut subir de modification, ces derniers font parfois l'objet de critique de la part des usagers. C'est particulièrement vrai à l'occasion de rassemblements importants où des revendeurs n'hésitent pas à venir écouler des « carottes ».

Une variabilité de dosage et une stabilité de prix

En 2005 le dispositif SINTES a collecté 56 échantillons vendus pour de la MDMA soit sous forme de comprimé (ecstasy) soit en poudre présentée en « vrac », en gélule, ou en « papier » représentant l'équivalent d'une dose. Il y a 24 ecstasys et 32 poudres. 5 échantillons sur les 24 comprimés ne contenaient pas de MDMA, dont deux une substance médicamenteuse et deux des amphétamines, et le dernier aucun principe psychoactif dosable. Un seul échantillon de poudre également ne contenait aucun principe psychoactif, un contenait des amphétamines et un autre de l'Alpha Méthyl Triptamines (AMT). Deux échantillons de poudre de MDMA contenaient également, l'un des amphétamines et l'autre du MDEA. Sur notre échantillonnage, ni raisonné, ni représentatif, les poudres sont un peu plus souvent fidèles que les comprimés au contenu qu'elles sont supposées proposer. C'est aussi le cas en ce qui concerne les dosages, puisqu'en moyenne un échantillon de poudre contenait près de 59 mg de MDMA contre près de 41 mg pour les ecstasys. Notons que pour les poudres, dans plus d'un tiers des échantillons, la MDMA représentait plus de 80 % de la masse, ce qui indique que ces produits sont peu coupés (61 % sur la moyenne des échantillons).

Les dosages des comprimés s'échelonnent de 19 mg à 122 mg, la médiane des échantillons contenant de la MDMA est à 43 mg. En comparaison avec la première collecte du site en 2002, le minimum était de 37 mg et le maximum de 110 mg, la moyenne était de 62 mg et la médiane à 56 mg. La comparaison des deux collectes fait apparaître une baisse globale de la quantité de MDMA contenu dans les comprimés d'ecstasy, avec ponctuellement des échantillons plus fortement dosés.

Les poudres restent proportionnellement plus dosées en MDMA, la médiane des pourcentages de produit actif par rapport à la masse est de 61 % pour un dosage médian de 61,3 mg. Notons qu'une gélule contenait 134 mg de MDMA, ce qui nous rapproche de la plus petite dose létale connue (150 mg).

Les prix sont stables depuis quelques années et ils dépendent des quantités achetées, notamment pour les comprimés. Ainsi, 50 « Mitsubishi » étaient vendus 50 € dans un réseau. Mais à l'unité, il en coûte de 4 à 10 euros, en moyenne, à peu près partout sur le site. Sur la base SINTES, le comprimé se vend régulièrement 5, 6, 8 ou 10 euros.

Les gélules de MDMA sont fréquemment vendues 10 ou 15 € l'unité, 20 € les 3. Le gramme de poudre autour de 60-70 euros, 80 € lorsque la qualité supposée le justifie ou quand il s'agit d'une variété MDMA dite « cristal ». Toutefois, les échantillons SINTES ne montrent pas de façon systématique une corrélation entre prix et quantité de MDMA contenu. Des prix élevés correspondent souvent, mais pas toujours, à une présence élevée de MDMA. Alors qu'inversement des échantillons à 60 € peuvent contenir des taux importants. L'écart maximal des prix relevés se situe entre 40 à 80 €.

Le logo ne fait pas l'ecstasy

À logo et couleurs identiques, les comprimés d'ecstasy ne contiennent pas les mêmes dosages et parfois les mêmes produits. Ainsi, une responsable d'observation a noté dans son journal l'expérience d'une femme de 35 ans qui a consommé un « cœur rose », un logo fréquent sur le site. Trois « cœur rose » ont été collectés en 2005, par trois collecteurs différents. Deux durant l'été et un à la fin de l'automne. Les trois échantillons portent le même logo et ont la même couleur, cependant leurs diamètres, leurs épaisseurs et leurs masses respectives

différent. La masse de MDMA sera inversement proportionnelle à la masse du comprimé lui-même. Le plus volumineux contenant le moins de MDMA, le plus petit le plus.

L'extrait du journal de terrain rapporte des effets inattendus suite à la consommation d'un comprimé « *identique par la couleur, le logo aux échantillons SINTES 7 286 et 6 501 (un échantillon supposé provenir d'Espagne)* »

« Elle se dit agréablement surprise par la puissance et la longévité des effets d'un " cœur rose " qui lui rappelle " ses premiers Xtc ". Elle va le partager avec une amie. Au départ, elle se moque de leur copain qui leur offre un Xtc pour deux, sous-entendant que ça ne leur suffira pas. Chez lui avant de partir, elles en prennent un quart chacune, C. le vomira à peine sortie de chez lui. Elles prennent l'autre quart vers 23 heures, elle sentira les effets jusqu'à 9 heures le lendemain matin. Pendant la nuit, elle prendra de la cocaïne qu'elle dit ne pas avoir sentie. Elle est surprise car elle n'a pas eu de sensation de " montée habituelle ". Elle raconte : " avec mon pote, ça l'a fait en même temps. C'était la sensation de capter les gens, comme si on voyait leur aura " »

L'ami qui lui a cédé l'avait mise en garde sur la puissance du comprimé qu'il a amené d'Ibiza. Ce qui la surprend dans cette situation, c'est qu'habituellement, pour maintenir les effets, elle prend plusieurs fois du MDMA ou plusieurs Xtc pendant la nuit, ce qui n'est pas le cas avec ce " cœur rose ". »

Si l'on compare les deux échantillons auxquels il est fait référence, nous nous trouvons dans une situation très différente. Les deux échantillons ont été collectés dans des réseaux différents.

Dans le premier cas, il s'agit d'un échantillon assez faiblement dosé 32 mg pour 9,8 % de la masse et qui plus est contient du mCPP (mono-chlorophénylpipérazine) dans un dosage non connu. Alors que dans le deuxième cas nous sommes en présence de l'échantillon le plus dosé de la collecte avec 122 mg pour 61,9 % de la masse. Nous sommes plus certainement dans la deuxième configuration. À moins qu'il ne s'agisse du troisième « cœur rose » collecté à la même période, peut-être dans le même réseau et qui contient un dosage un peu supérieur à la moyenne : 72 mg.

On le voit, la taille du comprimé ne fait pas son dosage, mais répond probablement à des stratégies marketing où veut donner l'impression au consommateur « qu'il prend un produit balaise ». Une autre stratégie consiste à introduire de nouveau logo pour renouveler la sensation de nouveau produit. Cette année nous avons identifié plusieurs nouveaux logos, comme par exemple, le « diamant rose », « la flèche blanche » ou le « trèfle bleu ».

L'ecstasy, MDMA conserve une image positive, associée à la fête, dans une valorisation hédoniste. En contrepoint, l'inquiétude des usagers liée au « bad trip » et à « quelques descentes » délicates, et pour les non-usagers, les risques pour la santé et notamment autour de la neurotoxicité supposée.

Il n'a pas été observé de modalités de consommation spécifiques ni dans les modes d'administration ni dans les modes de régulation en 2005.

Autres stimulants

Les amphétamines sont toujours présentes sur le site...

Les amphétamines sont disponibles et accessibles dans l'ensemble des réseaux qui traversent les espaces festifs et urbains. Cependant, leur disponibilité et leur accessibilité sont plus grandes dans l'espace festif underground que dans l'espace festif commercial ou dans l'espace urbain. Dans cet espace, les amphétamines transitent par les jeunes qui circulent dans les « teufs techno ».

Il n'y a pas de modification parmi les groupes de consommateurs, jeunes marginalisés ou inséré fréquentant l'espace festif techno (plus hardcore/hardtek que trance ou drum& bass). Et moins fréquemment des jeunes insérés fréquentant l'espace festif commercial (à l'occasion de consommation transfrontalière en Espagne, par exemple). Notons certains sportifs, soit dans une perspective de « stimulation » dans un cadre festif (pot Belge), soit dans une perspective de dopage.

Les amphétamines se vendent au détail entre 10 et 30 € le gramme selon les réseaux. Parfois moins lorsque la qualité est médiocre : 8 € le gramme dans un échantillon collecté pour le dispositif SINTES. Souvent 20 € ou 30 € lorsque la qualité est supposée " très bonne ". Ou lorsque des amphétamines sont vendues pour de la métamphétamine.

Les amphétamines conservent l'image de produit stimulant qui améliore « les performances » sans trop « défoncer ». De plus leur coût, faible en comparaison à la cocaïne, les fait rechercher par les publics plus précaires.

... Les métamphétamines, toujours pas

Des annonces médiatiques ont été faites au cours de l'année pour « alerter » sur l'arrivée des métamphétamines en France. Malgré un intérêt plus marqué pour « voir de quoi il en retourne », nous n'avons pas trouvé grand-chose. On ne peut totalement écarter l'hypothèse que nous soyons passés à côté de la présence et de la consommation ponctuelle d'Ice ou de Crystal ou de métamphétamines sans appellation particulière, mais il est peu probable que ce produit ait émergé sur le site en 2005.

Plusieurs indices nous amènent à cette conclusion. Aucune source n'a spontanément mentionné la présence de métamphétamines. Dans aucun des réseaux où les enquêteurs circulent les métamphétamines n'ont été signalées comme disponibles, même occasionnellement. Le seul indicateur positif est que des collecteurs ont signalé la présence de métamphétamines sur trois lieux de collecte SINTES différents. Toutefois aucune collecte d'échantillon proposant de la métamphétamine et en contenant réellement n'a pu être réalisée. Un seul échantillon supposé contenir des métamphétamines a pu être collecté, mais il ne contenait que des amphétamines dans un dosage faible, il est vrai vendu à un prix plus élevé que la moyenne (100 € le gramme si l'on extrapole le prix de la gélule). Mais il y a plus, le seul échantillon contenant des métamphétamines a été collecté comme un ecstasy dont le collecteur ignorait le contenu (il s'agissait d'un logo V2 connu pour contenir des métamphétamines). Ce qui signifie que l'utilisateur ne savait pas qu'il en consommait. De plus sur ce lieu de la collecte, il n'était pas mentionné de présence de métamphétamines.

Il n'est pas impossible qu'à terme, les métamphétamines viennent compléter la liste des stimulants disponibles sur le site, et surtout si le battage médiatico-préventif se poursuit. La demande existe, puisque les revendeurs peuvent se permettre d'augmenter les prix lorsqu'ils vendent des amphétamines pour des métamphétamines. Phénomène à suivre donc.

Hallucinogènes de synthèse

Le LSD

Dans l'espace festif, le LSD est resté disponible et accessible sans fluctuation notable au long de l'année. Deux formes sont plus particulièrement évoquées, les buvards et le LSD liquide. Pour l'espace urbain, le LSD n'est évoqué qu'à partir des structures de première ligne au travers des jeunes qui fréquentent l'espace festif techno. « *Dans certaines teufs ça va être plus les trips. Voilà, s'il y a un gars qui a des bons trips, il va en vendre à tout le monde. Tout le monde va être tripé, parce que, des fois, ils ramènent des plaquettes énormes* », explique une intervenante de la réduction des dommages en milieu festif. Dans une grande partie des lieux de collecte SINTES (60 % des questionnaires) le LSD est signalé présent. Une note ethnographique rapporte que « *Cette année, le LSD circulait plus largement sous sa forme liquide plutôt qu'en buvard. Le LSD liquide peut être complètement transparent ou légèrement marronné. Le " transparent " est supposé être de meilleure qualité que le " marron ".* » La goutte de LSD est vendue entre 5 et 10 € sans différence entre les deux « qualités ». Les buvards sont vendus entre 7 et 10 €

Les usagers plus âgés et plus expérimentés préfèrent en général la goutte au buvard : « *les avantages sans les inconvénients* ». Il semble que les usagers plus jeunes qui fréquentent les free n'ont pas encore acquis cette expérience. Un usager-revendeur explique comment ce qu'il appelle « la nouvelle population des free » appréhende le LSD liquide : « *" Y'en a qui se méfiaient de nous au début quand on leur disait qu'on avait de la goutte. Ils nous demandaient ce que c'était. " C'est le même effet que les trips, sauf que t'as pas de strichnine ".* » (note ethnographique) La représentation attachée au fait qu'un trip à l'aspect solide, buvard, micropointe s'oppose à celle que le LSD est à l'origine un liquide que l'on dépose sur une surface support. Ainsi, l'idée de mettre le LSD directement en contact avec les muqueuses buccales ne va pas de soi. « *Ils avaient l'air sceptiques par rapport au fait de prendre la goutte directement dans leur bouche. Ils voulaient la prendre sur un carton ou un sucre...* » (note ethnographique).

Il n'y a pas de modalités d'administration différentes que celles observées les autres années. Parmi celles observées cette année : « *une goutte dans un grand verre d'eau ; sur un sucre ; dans l'œil ; sur la langue.* » (note ethnographique). Des usagers de l'espace urbain ont recours à l'acid punch.

La volatilité du LSD est un problème connu, de ce fait, les analyses d'échantillon de LSD et notamment des buvards sont difficiles. Le LSD dans sa forme liquide doit être stocké avec précaution, ainsi une note ethnographique précise qu'« *il est communément reconnu que le LSD liquide doit être contenu dans une fiole opaque, car " la lumière altère le produit ".* »

Les usagers jeunes connaissent le LSD. Les consommateurs de cannabis, orientés vers une des consultations, sont un bon moyen de le mesurer à l'occasion du questionnaire d'accueil. « *Le LSD est (...) j'ai l'impression, un tout petit peu plus présent, (...) à la consultation cannabis on a (...) un protocole : "qu'est-ce que vous avez consommé le mois dernier, l'année dernière ?" Et on se rend compte que ecstasy et LSD ça revient... (chez les) gros fumeurs de cannabis, quasiment systématiquement, à titre épisodique, d'expérimentation... quand on pose des questions, ils connaissent, le buvard, etc.* », constate un médecin d'une consultation cannabis.

Les perceptions des usagers sont liées à l'expérience qu'ils ont eue du LSD. Pour certains le LSD est une sorte d'« outil mental » qui ouvre, permet, favorise, amplifie, des perceptions, des sensations, des expériences, etc.. Au-delà du contexte festif qui peut-être propice à

l'expérience « psychédélique », le LSD peut aussi tenir un rôle envisagé par certains comme « thérapeutique », voire comme un soutien du moi confronté à une réalité difficile. C'est ce qu'explique ce garçon de 28 ans : « *j'ai réussi mon BAC grâce au LSD... Non non ... pour de vrai (rires). J'ai vraiment réussi mon BAC grâce au LSD... J'me suis fait un trip comptabilité, j'bouffais des trips tous les matins avant d'aller en cours* »

Pour d'autres ... c'est un cauchemar. Les sensibilités neuropsychiques individuelles sont déterminantes, l'environnement de l'expérience aussi. Ce garçon de 25 ans illustre bien cette situation : « *c'est ma 1^{re} expérience avec les hallucinogènes, et la dernière, y en a jamais eu d'autres* ».

Les problèmes de « bad trip » avec le LSD sont toujours ponctuellement rapportés, y compris lorsqu'il s'agit de goutte et y compris lorsqu'il s'agit de sujets expérimentés.

C'est par exemple le cas dans une situation décrite dans une note ethnographique. Une soirée d'anniversaire réunit dans un cadre « bucolique » près d'une centaine de personnes. Le dimanche après-midi, l'ambiance « *est au LSD liquide* ». Un des participants qui a déjà consommé ce type de produit « *devient agressif et violent envers lui-même* ». Ses amis –eux-mêmes sous effets du LSD- essaient de le calmer en vain. Puis la violence va crescendo tant envers lui qu'envers les autres. « *Pour (...) le calmer, un de ses amis va finir, à regret (...) par le gifler. Il décide avec d'autres amis de l'emmener aux urgences.* »

Kétamine

La kétamine est toujours présente à un niveau discret au sein des réseaux qui en consomment. Dans les structures de première ligne, les usagers évoquent rarement la consommation qui reste néanmoins identifiable sur les fiches d'accueil où « *elle est citée en produit (consommé) de façon assez repérable* », note un responsable d'une structure de première ligne. Toutefois, pour lui, c'est « *un produit qui a un peu disparu, dont on entend moins parler* ».

Elle reste observable lors d'événements festifs techno de taille moyenne. Ainsi, on peut voir signaler sa présence sur des questionnaires SINTES lors de collecte dans des free. Mais les signalements sur les questionnaires SINTES ne représentent qu'à peine 15 %. Cette présence ponctuelle est corroborée par une intervenante en milieu festif : « *de la kéta, des fois... (en teuf)* ». Dans les réseaux festifs plus proches du monde trance ou d'amateurs d'expériences psychédéliques, la kétamine n'est pas très disponible non plus : « *La kétamine est toujours aussi peu présente dans mes réseaux* » note une responsable d'observation.

Pour autant, la kétamine ne disparaît pas totalement du champ et si nous sommes loin « *de la kétamine bonne mine* », slogan des années 2001-2002, les expérimentations par des usagers jeunes et insérés socialement fréquentant les espaces festifs commerciaux nous interroge sur la capacité de ce produit à investir des univers très différents, bien au-delà des représentations sociales sur les produits et les consommateurs. Un responsable d'observation note : « *Témoignage d'une fille (25 ans) appartenant au milieu festif commercial " sélect " de consommation de kétamine lors d'une soirée en appartement (...). (Le) produit lui avait été fourni par un ami basque espagnol. C'était à l'occasion d'une expérience.* »

Les tryptamines : recul ou stagnation ?

L'AMT, le DMT ou le 5 meo-DMT ont été moins disponibles et accessibles que durant la phase de croissance rapide qui a suivi leurs apparitions sur le site en 2003. Toujours présentes dans des réseaux déjà connus d'amateurs d'expériences psychédéliques, les tryptamines montrent un tassement, voire un recul de leur diffusion. Quoi qu'il en soit il n'y a pas eu de mention de leur disponibilité en dehors des réseaux proches des groupes initiaux. Dans une note ethnographique, la responsable d'observation s'interroge : « *La diffusion du DMT semble stagner, si ce n'est diminuer. Il est disponible sur Internet pour qui le cherche, mais contrairement à l'année 2004, il ne suffit plus de googliser " buy 5 meo-DMT " pour trouver*

un site commercial. Toujours d'après les initiés, si la diffusion du DMT stagne, ce serait dû à " la particularité d'une substance puissante qui ne peut pas être diffusée comme du MDMA". L'expérience du DMT nécessiterait un accompagnement et certains trouvent dommage que des personnes aient vendu le DMT comme " une drogue banale ". » Même chose pour l'AMT : il devient difficile de s'en procurer sur Internet. Pour les initiés c'est la conséquence de la modification de la législation américaine. Ainsi, après une période de hausse des prix, le produit est devenu introuvable.

L'AMT est aussi un produit qui n'est pas facile à consommer, des accidents liés à sa consommation existent. Dans une fête, un homme de 35 ans « *est tombé face contre sol sur le dance-floor* », juste après une consommation d'AMT (note ethnographique). Nous ne disposons pas d'informations complémentaires sur le dosage ou sur le contexte.

Entre difficulté d'approvisionnement d'une part et difficulté de gérer « l'expérience », les tryptamines présentent des inconvénients qui sont peut-être rédhibitoires, si ce n'est à leur diffusion, du moins à leur éventuelle expansion.

À noter que dans le cadre d'une investigation thématique sur les pratiques transfrontalières, un responsable d'observation a identifié en Espagne, dans un groupe de jeunes usagers issus de l'espace festif commercial, des consommations festives de « mescaline » en gélule. Ce point sera développé dans l'article sur les pratiques transfrontalières.

Hallucinogènes naturels

Champignons hallucinogènes

Les psilocybes sont ancrés depuis longtemps dans le paysage des usages sur le site midi-pyrénéen. Avec une disponibilité permanente via l'achat sur Internet pour les variétés exotiques, et saisonnière pour les variétés locales. Il semble, selon les « spécialistes de la cueillette au pays », que l'année ne fût pas particulièrement prolifique en matière de champignons. « *Les personnes qui ont été à la cueillette en 2005 ont trouvé très peu de psilos, même dans leurs " endroits préférés habituels ". D'après eux, le climat ne s'y est pas prêté cette année* », note un responsable d'observation. Dans certains réseaux, l'engouement pour « la culture en bac » s'essouffle un peu. La variété mexicaine *cubensis* semblait disponible.

Nous avons recueilli peu de matériel cette année sur les champignons. Il ne s'en est pas parlé beaucoup, ce qui ne signifie pas qu'il n'y ait pas eu de consommation. « *L'effet de nouveauté est passé, on en trouve encore facilement dans les fêtes sans que l'origine précise des champignons ne soit un sujet de discussion central* », commente une observatrice.

Nous n'avons pas identifié de nouveau groupe de consommateurs, ni de nouvelles pratiques. Du fait de leurs effets psychotropes moins prononcés et plus gérables, les champignons hallucinogènes restent un produit à utilisation multiple : produit d'expérimentation chez les jeunes, de consommations opportunistes pour les teufeurs plus anciens, et dans une recherche plus systématique et engagée chez les amateurs d'expériences psychédéliques.

Certains usagers ayant une sensibilité négative aux hallucinogènes l'ont expérimenté mais n'en consomment plus. C'est le cas d'une jeune femme de 25 ans : « *J'ai pas envie de psychoter, (...) je pourrais vraiment faire des bad trips (...) je me dis que c'est vraiment pas un truc pour moi.* »

Ayahuasca et Iboga : « des plantes chamaniques »

L'ayahuasca et l'Iboga font l'objet d'un usage restreint à des groupes d'initiés engagés dans des recherches d'expérimentation de soi de type chamanique, dans une démarche « thérapeutique » ou de développement personnel. L'Iboga notamment connaît comme un peu partout en France un intérêt dans le traitement des pharmacodépendances. Une note

ethnographique renseigne cette dimension qui ne connaît pas de modification au regard des années précédentes : « *C'est toujours au sein des groupes de personnes intéressées par les médecines alternatives et l'exploration des " plantes médicinales " qu'on rencontrera les quelques individu-e-s qui ont expérimenté ou prévoient de faire l'expérience de l'Iboga avec un " chaman africain ". Plus que pour l'ayahuasca, l'expérience de l'Iboga est entreprise pour tenter d'en finir avec une dépendance, généralement à l'héroïne. »*

Benzodiazépines et polyconsommations

Rohypnol®, encore...

Malgré les changements de cadre de prescription et les recommandations répétées du Réseau Ville Hôpital, afin d'éviter la consommation de Rohypnol® chez les usagers de drogues, il reste un noyau de consommateurs de flunitrazépan dans la population de l'espace urbain. Il s'agit d'usagers sous substitution, parmi les plus âgés, de véritables « rescapés » des années 90, peu nombreux, et présentant des problématiques sanitaires assez importantes. Un intervenant d'un dispositif de première ligne explique qu'il s'agit de " *vieux toxico sous méthadone qui se pointent régulièrement avec la bouche bleue* ". Pour une autre structure, il s'agit plutôt d'association BHD-Rohypnol®. Ainsi, décrivant un de ces anciens qui n'ont pas décroché du flunitrazépan, un intervenant conclut : « *c'est le vieux de la vieille... (...) Est-ce qu'il est sous Sub ?... Je ne sais plus, c'est possible de toute façon, ils sont quasiment tous sous Sub !* »

Pour les structures de première ligne ces consommations associées d'opiacés et de Rohypnol® continues toujours à poser problème, même si aujourd'hui le nombre de personnes concernées a considérablement diminué. Mais c'est encore dans ces dispositifs qu'est concentré l'essentiel de ces situations. D'autant que ces consommations d'opiacés de substitution avec une benzodiazépine sont souvent associées à l'alcool, rendant encore plus problématique cette polyconsommation. Et ce, d'autant plus qu'il s'agit de flunitrazépan.

Pour les médecins du Réseau Ville Hôpital, les choses ont énormément changé au fil de ces dernières années. Les baisses des prescriptions de benzodiazépines, en général, et de flunitrazépan en particulier ont depuis longtemps constitué des objectifs de travail du réseau. « *Le message comme quoi le Rohypnol® c'était vraiment de la merde, chez les médecins, c'est passé* », constate un membre du réseau.

Le Rivotril® une substitution ?

Vu d'une structure de première ligne le Rivotril® peut apparaître comme un candidat sérieux pour remplacer le Rohypnol®. Avec une disponibilité importante et des usages pas toujours « thérapeutiques », le Rivotril® poursuit son chemin dans la « pharmacopée » des usagers qui avaient pris ou prennent l'habitude d'associer un opiacé et une benzodiazépine. Pour dormir, pour speeder, pour se défoncer, le cocktail est à géométrie variable selon la personnalité et les contextes sociaux de l'usager. « *Il y a le Rivotril® dont on entend parler en pagaille depuis quelques mois. (...) le Rohypnol®, c'est fini, tant mieux ! Mais ceci dit, le Rivotril®, à certains dosages...* » En matière de substances psychotropes, le dosage en effet est essentiel.

Toutefois certains médecins, forts des expériences passées avec des benzodiazépines et des toxicomanes, tentent de poser des gardes fous. « *Si tu leur dis : vous consommez combien de Rivotril® ? " 6 par jour ". Tu ouvres le Vidal, l'AMM c'est 4. Donc on ne peut pas vous en marquer plus de 4. Donc ça a fait un peu boule-de-neige, ... ils savent la posologie maximale sur laquelle le voyant rouge de l'ordinateur de la Sécu ne s'allume pas. Après il s'allume quand tu es hors AMM. Ils ont intégré.* »

La demande de Rivotril® est importante, peut-être initiée par les médecins eux-mêmes, il y a 3 ou 4 ans, maintenant. Il s'agissait de sortir de la folie du Rohypnol®, et la pharmacologie de l'anticonvulsivant avec son action lente et sa demi-vie longue lui a donné un sérieux avantage sur les autres concurrents. Toutefois l'expérience de la BHD et les écarts entre les prédictions déduites de la pharmacologie si spécifique de cet opiacé agoniste partiel antagoniste et les mésusages que la réalité nous révéla, doit nous maintenir dans une certaine prudence quant à

tirer des enseignements trop directs entre les données fondamentales de l'in vitro et la consommation in vivo des toxicomanes. Il n'est pas impossible que du Rivotril®, ils savent tirer quelques effets qui les intéressent. L'expérience clinique fait penser à certains médecins que le Rivotril® n'est pas « *vraiment un médicament de défonce pour les toxicomanes, c'est un médicament pour se mettre à l'abri de ce qui pourrait arriver de mauvais dans la vie. C'est : "je suis un peu stone mais pas défoncé", les termes qu'ils utilisent (sont différents). Avec les benzodiazépines d'action rapide "je me mets down", complètement défoncé, avec le Rivotril® "je suis déchiré". Et le sens du mot n'est pas tout à fait le même : "je sais encore ou je suis, mais je suis un peu déchiré".* » Les molécules induisent des états de conscience modifiés et la subjectivité fait le reste.

Enfin, il y a un intérêt très pratique au choix préférentiel du Rivotril® : c'est son packaging. Un praticien hospitalier a bien compris cette rhétorique de la praxis qu'il convient de ne jamais négliger lorsqu'il s'agit d'usage de drogue. « *Les toxicomanes ont repéré une chose simple, c'est que le Rivotril® c'est une boîte de 40, ce n'est pas une boîte de 7, parce que, comme il n'a pas l'AMM de tranquillisant, mais l'AMM d'anticonvulsivant, c'est une boîte pour faire tout le mois.* » La prédilection du Rivotril® n'est certainement pas monofactorielle, entre effets, gestion et représentation sociale, les usagers ont su trouver de sérieux avantages à cette spécialité, à commencer peut-être par le fait qu'elle a été et est encore prescrite sans trop de difficultés.

Lexomil®, Valium®, Xanax®, Séresta® et les autres...

Mais la polyconsommation des usagers de drogue avec recours aux benzodiazépines ne se partage pas, loin s'en faut entre Rohypnol® déclinant et Rivotril® prospérant. D'autres molécules sont utilisées et font plus ou moins l'objet de mésusage. « *C'est le cas du Xanax® dont on ne sait jamais trop si c'est lié à des traitements psy, ou si c'est détourné* », s'interroge un responsable d'une structure de première ligne. Mais aussi, et depuis fort longtemps, du Valium® qui peut-être utilisé dans différentes stratégies d'automédication et notamment pour réguler les consommations d'hallucinogènes. « *Le Valium® est parfois considéré comme un remède, " pas pire qu'un autre ", en cas de " bad-trip ". Il n'est pas rare de rencontrer des personnes qui ont du Valium® avec eux dans les fêtes* », note une responsable d'observation. Dans cette indication, il semble préféré au Tercian® qui n'a pas une image très positive dans les réseaux de l'espace festif.

Le Lexomil® est également très utilisé par une population assez large d'usagers de drogue, ou le Séresta® qui semble de plus en plus demandé. « *J'ai noté comme augmentation... de la demande (de) Séresta® chez les usagers. Parce que le Séresta® est une benzodiazépine qui est marquée du côté de l'hypnotique et (...) à l'arrêt du Tranxène® 50, (...) il y avait une demande de Séresta®* », remarque un médecin généraliste.

Les benzodiazépines ont depuis longtemps la faveur des usagers de drogues. Des molécules sont mises en avant et d'autres s'effacent sans jamais complètement disparaître, selon les cadres réglementaires, les configurations sanitaires locales, les abus de prescription et de consommation, les modes et les représentations sociales qui se construisent et se déconstruisent autour d'un médicament.

Une disponibilité globalement importante qui peut subir des variations ponctuelles

La disponibilité et l'accessibilité du premier produit illicite consommé sur le site sont globalement très importantes sur l'ensemble de l'année 2005. Toutefois à deux reprises, les usagers ont rencontré des difficultés ponctuelles dans leur approvisionnement, plus ou moins sévères selon les réseaux et les produits consommés. Ainsi une note ethnographique sur l'espace urbain indique que « *les usagers fréquentant la structure mobile de réduction des risques se sont plaints à deux reprises d'une plus faible disponibilité de la résine : à la fin du printemps et de l'été. En effet, juste avant l'été, la pression policière a réduit temporairement la disponibilité de la résine. Puis à nouveau fin août, dans le courant de septembre et une partie d'octobre, des usagers " râlaient " à propos du " manque de shit ". Les plaintes cessèrent par la suite, laissant penser que les problèmes de disponibilité s'étaient résolus.* »

Lors de la collecte « SINTES cannabis », il fut plus difficile de trouver de l'herbe durant l'été, « *cette relative pénurie cesse après la récolte des cultures personnelles* », note un responsable d'observation. De toute façon, le mois d'août est un mois de vacances y compris pour les revendeurs. À la question : « *quand est-ce que vous vous êtes retrouvé en rupture d'approvisionnement pour la dernière fois ?* », un usager fréquent répond : « *... vers le 15 août, (...) ouais, (rires) quand tout le monde était en vacances...* »

Mais ces pénuries correspondent à des produits et des réseaux particuliers, en l'occurrence l'été, il s'agit de la « jointure » entre deux récoltes d'herbe auto produite et de la résine marocaine du détaillant parti en vacances et absent pour les fêtes de fin d'année. En revanche, dans d'autres réseaux, c'est l'inverse. Ainsi, « *le charas était plus disponible pendant l'été et en toute fin d'année, ce qui correspondrait aux temporalités des personnes qui voyagent selon le calendrier des festivals de musique entre l'Europe et l'Asie du Sud-Ouest* » (note ethnographique).

De façon générale, toutes les sources convergent pour dire que la résine d'origine marocaine est la forme de cannabis la plus disponible et la plus facilement accessible. Mais, les autres produits, herbes auto produite, hydroponique ou hollandaise, résines d'origine d'Asie mineure ou du Sud-Ouest restent néanmoins accessibles. Si certains fument plutôt de la résine, c'est parce qu'ils en trouvent plus facilement.

L'auto production, une part non négligeable des approvisionnements

L'auto production d'herbe, hydroponique, en pot ou en pleine terre a pris, au fil des années, une place non négligeable dans l'approvisionnement de pas mal d'usagers, notamment d'usagers fréquents. Produire son herbe assure une certaine indépendance. « *Je fais pousser de la " beuh " que j'ai récoltée, depuis peu de temps, je fume mon herbe, et après ma consommation de produit ne dépend pas des gens avec qui je suis* », explique un usager fréquent de 27 ans. De plus, cela représente une économie non négligeable une consommation pouvant coûter mensuellement entre 50 et 150 € en moyenne selon les niveaux de consommation et les sources d'approvisionnement. C'est ce qu'a réalisé cet employé de 28 ans durant une année. « *L'appartement avait un chauffage par le sol (rires) ce qui permettait de faire extrêmement bien pousser la beuh, ça m'a permis, non seulement de m'auto suffire totalement (...) mais aussi (...) d'en vendre ... pour faire un peu de sous* ». Même si l'auto production ne permet pas de « tenir » d'une récolte à l'autre, l'apport extérieur reste en comparaison, toujours limité. Toutefois l'investissement dans un matériel d'hydroponie sophistiqué peut faire reculer certains. « *On a des potes qui sont bricoleurs et qui pour 1 500 balles se sont fait une installation, et d'autres qui pour 5 000 balles se sont fait une installation, donc on s'était tablé 3 000 balles pour être à peu près au milieu, bon, j'pense*

qu'après ça peu varier, ça dépend de ce qu'on veut faire ». Mais, pour un usager fréquent, même une installation d'un coût relativement élevé sera amortie dans la première année de consommation. Les services de police sont parfois confrontés à ces installations qui ne correspondent pas à une certaine image sociale du trafiquant. « *Des étudiants... 25 ans, des mecs pas cons, (qui) ont accès à Internet, ils font venir les graines. Je pense que c'est plus une démarche intellectuelle, un peu ludique au départ, des consommateurs qui se lancent pour ne plus aller acheter dans la rue, pas se faire chier... à aller sur les quartiers... (...) qui ont envie de monter leur truc, de s'organiser* ».

La culture en extérieur, fréquente en milieu rural, présente toujours le risque de l'arrachage ou du vol. Une responsable d'observation note que « *les vols de pieds ont augmenté ces 2 dernières années. Il n'est pas rare d'avoir au moins une personne dans son entourage dont la culture a été dérobée peu de temps avant la récolte.* » Cette forme de production est aussi importante et semble se développer en Midi-Pyrénées.

Stabilité et variabilité importante des prix

Les prix au détail sont stables depuis plusieurs années et varient selon qu'il s'agisse d'herbe ou de résine, selon la qualité et la quantité achetées. Dans la collecte SINTES cannabis, un usager revendeur a négocié 500 gr de marocain pour 750 € (1,50 € le gr). Les 100 gr de résine de qualité moyenne se négocient entre 200 € et 300 €. Pour des quantités intermédiaires, il est possible de toucher 50 gr de résine pour 100 €. Ou encore 40 € les 10 gr. Le « 12,5 » qui correspond à une triple division par deux d'une plaquette de 100 gr (50 gr, 25 gr et 12,5 gr) peut, selon la qualité, se vendre entre 40 € et 60 €. Des qualités de résine supérieures comme « l'olive », par exemple, peuvent se vendre 40 € mais pour 5 gr seulement. Enfin la « barrette » ou la « boulette » qui pèsent entre 1,5 gr à 2 gr peuvent se vendre 15 € ou 20 €. Des résines d'origine afghane se vendent autour de 6€ le gramme. Enfin l'herbe se vend à des prix très variables. Ainsi dans la collecte cannabis nous avons trouvé selon la qualité et la quantité des prix variant de 2 € le gramme pour un achat de 20 gr d'une herbe locale ; à 6 € le gramme pour 20 gr d'une Hollandaise hydroponique.

Usages problématiques de cannabis

En 2005, nous n'avons pas observé de populations, de modalités d'usage ou de trafic, de problèmes sociaux ou sanitaires émergents concernant le cannabis.

Les phénomènes qui se poursuivent avec peut-être une visibilité plus grande ces dernières années tiennent aux usages problématiques. Il est possible de distinguer de grands groupes d'usagers présentant des usages problématiques : les jeunes consommateurs et les problèmes familiaux, sociaux et psychologiques ; les consommateurs plus anciens avec des difficultés à arrêter.

Un service hospitalier note qu'il y a eu « *plus d'hospitalisations de gros consommateurs de cannabis pour décompensations psychiques, (...) que les autres années* ». Le public est connu, des jeunes entre 16 et 20 ans souvent des garçons, scolarisés ou en formation. Il s'agit de « *très gros consommateurs qui, à un moment donné, pètent les plombs ou en tout cas font péter les plombs à la famille* », explique un praticien hospitalier. Chez l'adolescent ou le jeune adulte, la consommation problématique de cannabis fonctionne à deux niveaux : d'abord elle vient masquer les troubles psychiques puis elle les aggrave.

La consommation massive à l'adolescence pose pour certains des problèmes scolaires. Pour d'autres, elle peut conduire à des processus d'usage revende avec les risques mafieux et judiciaires que cela comporte. Dans bien des cas, les problèmes familiaux sont présents, eux aussi à la fois masqués et aggravés par la consommation de cannabis.

Le deuxième groupe concerné par les usages problématiques est constitué par des fumeurs, ayant une ancienneté supérieure à 15 ou 20 ans d'usage chronique et pour qui la question

d'arrêter ou de réduire la consommation se pose, mais reste difficile. Quelques-uns consultent, mais les problèmes croisés de dépendance tabagique, de troubles anxio-dépressifs, parfois aggravés par le contexte conjugo-familial, rendent difficile le traitement de ces patients peu enclin au recours à une aide extérieure.

Conclusion

Les observations menées sur le site en 2005 ne montrent pas de changement profond dans les tendances qui caractérisent les phénomènes d'usages de drogues sur le site depuis plusieurs années maintenant. Ce constat conduit à faire l'hypothèse de l'installation dans un nouveau cycle qui succède à celui des années 90 marquées par l'infection VIH chez les usagers intraveineux d'héroïne, la mise en place du paradigme de la réduction des dommages dans les politiques publiques, et le développement de la culture techno.

La large diffusion de la BHD, l'augmentation sans précédent de l'offre de cocaïne, la popularisation du mouvement techno au tournant des années 2000, l'accès au produit ou au moyen de les produire via Internet ont installé les tendances lourdes qui structurent une situation désormais stable pour probablement quelques années.

Le dispositif TREND local se doit de prendre la mesure de cette conjoncture pour mettre en place des configurations d'observations nouvelles susceptibles d'anticiper les phénomènes émergents qui sont d'ors et déjà en gestation mais soustrait encore à notre intelligibilité. Sans négliger de profiter de cette période pour approfondir quelques thématiques que l'équipe a su mettre à jour ces dernières années.

Constats marquants du site TREND-Toulouse en 2005

En 2005, le sentiment global sur les phénomènes émergents peut se formuler ainsi : il ne s'est pas passé grand-chose de significatif. Pour autant, dans les différents espaces, en observant les usagers et les produits, il est possible de faire apparaître tant la stabilité que des variations ponctuelles. C'est à cet examen que se consacre cet article sur les faits marquants, d'abord en examinant les espaces de consommation et les usagers, puis en s'intéressant plus spécifiquement aux produits.

Ainsi, l'espace urbain a connu un important cadrage des pratiques de soins au travers d'abord d'une demande de « mise en conformité » des C.S.S.T. avec les textes relatifs aux prescriptions et à la délivrance des traitements de substitution. Ensuite, la CPAM a poursuivi les contrôles relatifs aux patients « mésuseurs » ou trafiquants de Subutex® démarrés en 2004. Enfin, certains médecins ont été entendus concernant quelques prescriptions qu'ils avaient faites au premier semestre 2005.

Les structures de première ligne ont introduit le Stérifilt et l'accueil des usagers a été favorable à ce matériel. En ce qui concerne les jeunes dits « en errance », on assiste à une évolution vers la sédentarisation des plus âgés, alors que de très jeunes « prennent la relève » et que la féminisation de ce public se poursuit et pose toujours problèmes.

Dans l'espace festif techno, il n'y a pas de changement notoire, les stratégies d'organisation observées ces dernières années se poursuivent pour s'adapter aux conséquences de l'amendement Mariani. Ainsi, organisation de petits évènements clandestins ou déclarés, utilisation d'établissements commerciaux, repli sur des fêtes privées en appartement ou en maison de campagne et participation à des événements transfrontaliers ont été observés en 2005. Notons que les générations se succèdent, les « anciens » qui avaient initié le mouvement prennent du recul, alors qu'une « relève » très jeune se met en place.

Pour les opiacés, les contrôles de la CPAM concernant le Subutex® en ont restreint disponibilité et accessibilité conduisant à doubler son prix de vente hors prescription. Toutefois, la BHD reste disponible et son image de « drogue de rue » liée à l'injection rééquilibre le rapport à la méthadone plus souvent envisagé comme traitement. Malgré les annonces de retour de l'héroïne, il convient de relativiser en circonscrivant celui-ci à l'espace festif techno underground où l'on note une progression de sa disponibilité, ce qui n'est pas le cas dans l'espace urbain. Comme en 2004, des incidents de consommation ont été rapportés avec l'héroïne.

La cocaïne poursuit la croissance de sa disponibilité et de son accessibilité et l'on observe quelques demandes de soins pour des pharmacodépendances. La consommation de free base qui se développe de façon mécanique par rapport à l'extension de la consommation du chlorhydrate accroît les problèmes de dépendance et de toxicomanie. La MDMA sous forme de comprimés ou de poudre ne connaît pas de changement, les amphétamines affirment leur présence, leur coût modeste favorise ce développement, en revanche, les métamphétamines ne sont pas observées.

Les hallucinogènes naturels ou synthétiques sont présents et globalement consommés en 2005 comme les années précédentes, on peut s'interroger sur la situation des tryptamines (AMT, DMT) qui semblent moins présentes dans les réseaux où elles avaient été observées précédemment : s'agit-il d'un recul ou d'une stagnation ?

Les benzodiazépines n'ont pas connu de modifications essentielles de leurs situations : le Rohypnol® est toujours consommé par un petit noyau d'anciens consommateurs et le

Rivotril®, largement utilisé par des consommateurs de plus en plus nombreux, confirme sa place de substitution du flunitrazépam.

Le cannabis, premier produit illicite consommé, quoique toujours très disponible et accessible, particulièrement sous forme de résine en provenance du Maroc, a connu quelques périodes ponctuelles de moindre disponibilité. L'herbe, moins disponible que la résine, connaît toujours un certain engouement et l'auto-culture continue de se développer, pas seulement dans sa forme hydroponique. Les usages problématiques de cannabis sont de plus en plus visibles. On peut schématiquement les décrire ainsi : d'une part ceux des jeunes usagers, caractérisés par des consommations abusives, des situations familiales et scolaires difficiles, des troubles psychiatriques aigus, et d'autre part des usagers anciens (plus de 15 ans de consommation) qui ont des difficultés à arrêter leur consommation, associée ou non à des pathologies pulmonaires.

En conclusion, les observations menées sur le site en 2005 ne montrent pas de changement profond dans les tendances qui caractérisent les phénomènes d'usage de drogues sur le site depuis plusieurs années maintenant. Ce constat conduit à faire l'hypothèse de l'installation dans un nouveau cycle qui succède à celui des années 90 marquées par l'infection VIH chez les usagers intraveineux d'héroïne, la mise en place du paradigme de la réduction des dommages dans les politiques publiques, et le développement de la culture techno.

La large diffusion de la BHD, l'augmentation sans précédent de l'offre de cocaïne, la popularisation du mouvement techno au tournant des années 2000, l'accès aux produits ou au moyen de les produire via Internet ont installé les tendances lourdes qui structurent une situation désormais stable pour probablement quelques années.

Le dispositif TREND local se doit de prendre la mesure de cette conjoncture pour mettre en place des configurations d'observations nouvelles susceptibles d'anticiper les phénomènes émergents qui sont d'ors et déjà en gestation mais soustrait encore à notre intelligibilité. Sans négliger de profiter de cette période pour approfondir quelques thématiques que l'équipe a su mettre à jour ces dernières années.