

**PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS  
LIÉS AUX DROGUES  
EN 2009**

**TENDANCES RÉCENTES  
SUR LE SITE  
DE TOULOUSE**

Guillaume Sudérie



# État des lieux concernant les usages de drogues à Toulouse

Tendances Récentes et Nouvelles  
Drogues (TREND)

---

◆ Janvier 2011 ◆

---



# État des lieux des usages de drogues à Toulouse

---

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

**Janvier 2011**

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

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

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



## **Contribution au projet**

### **Coordonnateur du Site**

Guillaume Sudérie

### **Rédaction du rapport**

Guillaume Sudérie

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

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

### **Participation à l'enquête**

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

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

Docteur Jacques Barsony (PRA 31), Docteur Claire Boy (Centre Maurice Dide), Docteur Marie Créquy (Centre Maurice Dide), Mme Hamida Ghazi (PRA 31), Docteur Agnès Lafforgue (PRA 31), l'équipe du CSST AAT, Docteur Daniel Garipuy (Hôpital Joseph Ducuing, PRA 31), l'équipe du CSST de l'association Clémence Isaure, Docteur Vincent Bounes et les membres de l'équipe du SMUR.

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

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

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

### **Remerciements**

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

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

À toute l'équipe de l'OFDT et particulièrement à Jean-Michel Costes, Agnès Cadet-Tairiou, Matthieu Chalumeau, Emmanuel Lahaie, Valérie Mougnot et Nadine Landreau pour leur aide précieuse.

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





# Table des matières

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>11</b>
Contexte .....	13
Méthode d'investigation TREND .....	14
<b>LES ESPACES ET LES USAGERS .....</b>	<b>15</b>
<b>Espace Urbain.....</b>	<b>17</b>
Situation sur le site .....	18
Les précaires et grands précaires.....	18
Les problèmes des populations de cet espace.....	19
Les insérés .....	19
Les hyper insérés.....	20
Évolutions observées au sein de l'espace urbain .....	20
Groupe en situation d'errance et dynamique de groupe .....	20
Des Squats organisés et auto-organisés .....	22
Roms, roumains, migrants de tous pays .....	23
<b>L'espace festif alternatif.....</b>	<b>24</b>
Structuration de cet espace sur le site .....	25
Les soirées urbaines .....	25
Les fêtes privés.....	25
Les free parties/Teknival et les raves.....	26
Les événements des « beaux jours » .....	26
Les évolutions au sein de l'espace festif alternatif.....	26
Saisie de « sons » .....	26
Crise économique.....	28
Visibilité accrue des pratiques d'injection.....	28
<b>Espace festif commercial.....</b>	<b>30</b>
Situation sur le site .....	30
<b>Demande de prise en charge.....</b>	<b>32</b>
<b>Marché des drogues et organisation des trafics .....</b>	<b>33</b>
Toulouse entre Barcelone et Amsterdam.....	33
Disponibilité des drogues et accessibilité aux drogues.....	33
<b>Le prix des drogues en 2009 .....</b>	<b>34</b>
Précautions de lecture .....	34
Tableau recensant le prix des drogues sur le site .....	35
<b>LES OPIACES .....</b>	<b>37</b>
<b>Héroïne.....</b>	<b>39</b>
Situation sur le site .....	39
Disponible, mais pas accessible à tous .....	39
Une image en évolution .....	40
Évolutions : Ancrage de l'usage d'héroïne dans de multiples populations.....	40
Tout le monde en parle .....	40
Une épidémie chronique et sourde.....	41
<b>MSO et usages détournés .....</b>	<b>43</b>

La situation sur le site des usages détournés de la BHD .....	44
Trafic .....	45
Modalités d'usage .....	45
Les évolutions concernant la BHD et le Subutex® .....	46
La situation sur le site des usages détournés de la méthadone .....	47
Trafic .....	47
Les évolutions concernant les usages de Méthadone .....	48
La situation sur le site des usages détournés de sulfates de morphine .....	48
Évolutions : La hausse de la visibilité de l'usage de sulfate de morphine dans des populations précarisées .....	49
Hausse de la visibilité .....	49
Un Traitement de Substitution des Opiacés .....	50
À noter .....	50
Les dérivés codéinés .....	50
<b>Opium-Rachacha .....</b>	<b>51</b>
<b>LES STIMULANTS .....</b>	<b>53</b>
<b>Cocaïne et le Crack .....</b>	<b>55</b>
Situation sur le site .....	55
L'usager de cocaïne n'a pas de caractéristiques spécifiques .....	56
Cocaïne et problèmes .....	56
Évolutions : Cocaïne, Crack, Free base, des représentations à l'épreuve d'un nouveau marché .....	57
Une diffusion stagnante dans les populations observées .....	57
Toujours consommée, mais absente des dispositifs de prise en charge .....	57
La visibilité de la vente de crack dans l'espace public .....	58
Le crack à Toulouse .....	59
<b>Ecstasy/MDMA .....</b>	<b>61</b>
La situation sur le site .....	61
Dans l'espace festif mais aussi dans l'espace urbain .....	61
Une dynamique d'usage spécifique .....	62
Évolutions : L'absence de MDMA et ses conséquences .....	62
Du Cambodge aux soirées toulousaines .....	62
2CB, amphétamines et mCPP .....	63
10 ans d'usage de drogues de synthèse .....	65
<b>Pipérazines .....</b>	<b>66</b>
La situation sur le site de la BZP .....	66
Évolutions des usages de BZP .....	67
<b>Amphétamines .....</b>	<b>68</b>
<b>Méphédrone .....</b>	<b>68</b>
<b>Khat .....</b>	<b>69</b>
<b>Méthamphétamines .....</b>	<b>69</b>
<b>LES HALLUCINOGENES .....</b>	<b>71</b>
<b>Kétamine .....</b>	<b>73</b>
La situation sur le site .....	73
Évolutions : diffusion croissante de la kétamine dans différents espaces du monde festif alternatif ainsi que dans une frange de la population de l'espace urbain .....	74
L'évolution croissante de la diffusion .....	74
Conséquences de l'usage chronique .....	75

Trafic .....	76
À noter .....	76
<b>Psilocybe, Salvia, Datura, des plantes au centre de phénomènes stables depuis plusieurs années .....</b>	<b>77</b>
<b>L'Iboga et tentatives thérapeutiques alternatives.....</b>	<b>78</b>
<b>LSD, peu de changements .....</b>	<b>79</b>
<b>GHB.....</b>	<b>80</b>
Situation sur le site .....	80
Évolutions : Les nouveaux usages du GHB/GBL en dehors du cadre des initiés.....	80
<b>Poppers .....</b>	<b>81</b>
<b>Nouvelle molécule : DOC ou 2,5-Dimethoxy-4-Chloroamphétamine .....</b>	<b>82</b>
<b>LES MEDICAMENTS DETOURNES DE LEURS USAGES THERAPEUTIQUES (NON OPIACES) .....</b>	<b>85</b>
<b>État des connaissances local sur l'usage des médicaments psychotropes non-opiacés en dehors du cadre thérapeutique .....</b>	<b>87</b>
<b>SYNTHESE DES INVESTIGATIONS.....</b>	<b>89</b>
Nouvelle visibilité de vente de crack dans l'espace public .....	91
L'absence de MDMA et ses conséquences .....	91
Les nouveaux usages du GHB/GBL .....	92
Une nouvelle culture de l'héroïne .....	92
Les sulfates de morphine utilisée comme un Traitement de Substitution des Opiacés. ....	93
De nouvelles demandes de prise en charge .....	93



# **Introduction**

---



L'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) a mis en place depuis 1999 un dispositif national intitulé Tendances Récentes et Nouvelles Drogues (TREND). Ce programme se décline en sept coordinations locales<sup>1</sup> et vise à repérer les nouvelles tendances de consommations de produits psychoactifs. La coordination du site de Toulouse est confiée à *Graphiti* CIRDD Midi-Pyrénées depuis 1999. Ce programme permet de renseigner les phénomènes concernant les usages de drogues hors tabac, alcool, cannabis<sup>2</sup> mais n'est pas en capacité de les quantifier précisément. Articulées à l'analyse des bases données épidémiologiques réalisée par *Graphiti* CIRDD Midi-Pyrénées, les investigations TREND prennent sens<sup>3</sup>.

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

## **Contexte**

Il n'est pas question ici de reprendre l'ensemble des analyses produites en partenariat avec l'Observatoire Régional de Santé en Midi-Pyrénées, mais de retenir les éléments les plus saillants.

Plusieurs évolutions retiennent l'attention. Par ordre d'importance, il apparaît que la transformation des formes d'usage d'alcool est à souligner. Si les tendances évolutives indiquent une baisse des consommations d'alcool, les indicateurs concernant les ivresses font le yoyo. En baisse depuis 2005, la déclaration des ivresses répétées de 2008 reste supérieure à celle de 2003, apportant la preuve que ce type d'usage s'inscrit durablement dans les pratiques des jeunes. Concernant les adultes, les consommations d'alcool déclarées sont supérieures à la moyenne nationale. Cette différence significative ne se retrouve pas dans les usages chronique à risques. Notons que pour le risque routier, 10% des accidents corporels impliquent des personnes ayant des taux d'alcoolémie positifs.

Parallèlement, les consommations de tabac et de cannabis sont orientées à la baisse. Si cette tendance s'est amorcée il y a plusieurs années pour le tabac, elle est nouvelle pour le cannabis. Sur ce point, il n'y a pas de particularité locale. La moitié des jeunes ont expérimenté le cannabis, 30% le consomment tous les mois, 12% en ont un usage régulier. Concernant les autres produits psychoactifs, il est important de souligner qu'aucune donnée épidémiologique n'est capable de quantifier les usages réguliers. Ceci démontre clairement la dimension relative du phénomène et valide la pertinence des enquêtes qualitatives sur ce point. Les données de l'expérimentation entre 2003 et 2008 confirment les observations du dispositif TREND. Les hausses des usages de cocaïne et dans une moindre mesure d'héroïne sont à mettre en parallèle avec une baisse des usages d'ecstasy. Soulignons enfin que l'action des professionnels du soin et de la réduction des risques a permis de réduire de manière significative les problèmes de contamination VIH en relation avec les pratiques d'injection.

---

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

<sup>2</sup> Même si concernant l'alcool et le cannabis des éléments de connaissances sont produits de manière indirecte par ce dispositif.

<sup>3</sup> C.f. Tableau de bord des conduites addictives en Midi-Pyrénées <http://www.graphiti-cirddmp.org/fr/tableau-de-bord-regional-et-departemental.9.html>

## **Méthode d'investigation TREND**

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

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

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

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

- Une observation de type ethnographique dans différents milieux des espaces festifs et dans l'espace urbain. Trois responsables d'observation ethnographiques ont opéré. Les objectifs de leurs observations se centrent particulièrement sur les consommations de produits psychoactifs et sur les phénomènes qui leur sont associés avec un œil averti sur les évolutions.
- La réalisation de groupes focaux associant les acteurs du champ de l'application de la loi regroupant l'ensemble des services d'intervention (SRPJ, Brigade des stupéfiants, GIR), le Parquet et les laboratoires de police de médecine légale.
- La réalisation d'entretiens de type face à face avec les acteurs du champ sanitaire spécialisé ou non (addictologie, urgences et médecine générale de réseaux) et de groupes focaux dans deux CSST réunissant différents intervenants en toxicomanie (médecins, éducateurs spécialisés, psychologues, assistant sociaux).
- De questionnaires qualitatifs auprès des équipes des deux Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues (CAARUD) ainsi qu'auprès d'associations de réduction des risques intervenant dans les événements festifs.
- Depuis 2009, en partenariat avec le Pôle ADALIS (DATIS) basé à Toulouse la triangulation a pu être élargie par l'analyse des fiches de la Haute-Garonne de ce dispositif d'écoute anonyme et gratuit.

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

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



## **Les espaces et les usagers**



## **Espace Urbain**

L'espace urbain se délimite aux zones urbanisées ou fortement urbanisées. Sur cet espace, compte tenu de la nature des observateurs, les informations sur la population en contact avec les structures de soins, autrement dit des personnes ayant une consommation « à problème », sont largement dominantes<sup>4</sup>.

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

Notons que les investigations du dispositif TREND sont confrontées à la limite de son champ d'enquête. En effet, les évolutions du phénomène ne sont pas ou peu renseignées en dehors de ces espaces<sup>5</sup>. Toutefois, sur le site de Toulouse, les cinq CSST et les deux CAARUD toulousains couvrent un large panel de populations en demande de soin ou d'accès au soin. Le maillage de l'intervention spécialisée permet d'avoir une vision large des typologies des populations qui traversent cet espace d'observation. S'ajoute à cela les données issues des services des urgences.

Ainsi, les populations à l'intérieur de cet espace décrit par les observateurs des dispositifs et des enquêtes ethnographiques peuvent se répartir sur un axe allant de la grande précarité sociale (perçue ou non) à l'insertion, jusqu'à l'hyper-insertion. Trois catégories majeures sont retenues<sup>6</sup> :

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

---

<sup>4</sup> Sarradet A., Gandilhon M., Toufik A., *Tendances Récentes* : Rapport TREND. Paris : OFDT, 2000

<sup>5</sup> Sauf à la marge par les enquêtes de l'espace festif qui décrivent des populations appartenant à l'espace festif alternatif, installées dans des zones rurales. Ces populations pour une part appelées par certains observateurs des néo-ruraux, sont des populations anciennement urbaines mais qui pour des questions d'accessibilité à l'habitat ont émigré vers des zones rurales.

<sup>6</sup> Escots S., *Catégorisation des profils sociaux des usagers de cocaïne*, A paraître.

## Situation sur le site

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

## Les précaires et grands précaires

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

- Les « vieux de la rue »

Les anciens héroïnomanes sous substitution sont la première population repérée sur le site. Pour la définir reprenons la définition donnée par le dispositif national TREND dans son rapport de janvier 2008<sup>7</sup>.

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

- Populations jeunes : affiliation/désaffiliation un équilibre fragile

À côté de ces populations relativement âgées, une population de jeunes « errants » est décrite. La note « *Usagers marginaux, jeunes en errance, nomade ou en précarité* »<sup>8</sup> du rapport local du site TREND de 2005 fait le point sur ces populations de l'espace urbain. Sans reprendre l'intégralité de ce travail, nous retiendrons différentes catégories de jeunes en errance, toujours repérées en 2008 :

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

- Usagers précaires à forte morbidité psychiatrique

Enfin, les usagers précaires à forte morbidité psychiatrique sont décrits à plusieurs reprises par les acteurs de la réduction des risques de cet espace. Ces usagers en situation de grande

---

<sup>7</sup> Cadet-Taïrou A. et Coll., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006 Huitième rapport national du dispositif Trend*, OFDT, 191p., Février 2008, <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap08/epfxaco2.html>

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

précarité ne s'inscrivent pas dans les structures psychiatriques. Leur suivi par les structures de soins dédiées aux usagers de drogues s'avère également très difficile, mais semble être leur seul recours.

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

### **Les problèmes des populations de cet espace**

L'alcool est le premier problème des populations polyconsommatrices de psychotropes. Que ce soit sur la question de la dépendance ou des problèmes somatiques, types pancréatiques aigus, l'alcool est au centre des difficultés des personnes en situation de précarité.

Les « demandes » pour les populations les plus précaires, s'articulent plus sur la question des problématiques sociales que des toxicomanies. Autrement dit, ces populations ne s'inscrivent pas dans la figure classique du toxicomane. Elles sont polyconsommatrices et les consommations d'alcool et de médicaments psychotropes détournés de leurs usages (substitution et/ou benzodiazépines) disponibles et accessibles via différentes formes d'approvisionnement équilibrent les problèmes en lien avec les psychotropes. Ce phénomène n'est pas émergent, mais il se généralise massivement dans les dispositifs en contact avec ces populations.

### **Les insérés**

Notre intérêt ne se porte pas dans cette partie sur les usages récréatifs<sup>9</sup>, seulement sur les usages engendrant des problèmes pris en charge ou non.

Repérées principalement par les CSST, mais aussi par la réduction des risques, particulièrement sur la question de l'échange de matériels stériles, les « insérés » sont une catégorie large où la demande de prise en charge est centrée sur la question des psychotropes. Souvent en demande de substitution aux opiacés, ils peuvent aussi faire des démarches de soins sur la question de la cocaïne et/ou du cannabis. Souvent « polyusagers » de psychotropes (alcool, cannabis, cocaïne et/ou héroïne) leur problématique renvoie à des usages récurrents, puis réguliers, voire compulsifs, ayant des conséquences sur leur santé et/ou leur vie sociale. Autrement dit, ces populations « insérées » au contact des dispositifs sont des héroïnomanes sous substitution, des polyconsommateurs héroïnomanes<sup>10</sup>, des polyconsommateurs cocaïnomanes<sup>11</sup> ou des personnes en situation de dépendance au cannabis ou à l'alcool.

À la croisée de l'espace urbain et des espaces festifs, ces populations de tout âge ont, soit des usages fonctionnels socialement « hyperconformes » (travail, performance, fête), soit des usages contre-culturels dans des logiques d'affiliation plus ou moins alternatives (usages réguliers inclus dans un mode de socialisation spécifique) ou des usages qui s'inscrivent dans

---

<sup>9</sup> Cette question sera abordée dans la partie concernant « *Les espaces festifs* » dans ce rapport.

<sup>10</sup> L'utilisation volontaire de cet antinomisme veut mettre en avant la polyconsommation des personnes qui décrit une problématique en lien avec un produit principal.

<sup>11</sup> Idem

des formes d'automédication (diminution de l'angoisse ou de l'anxiété, apaisement des tensions). La ligne de césure entre les différentes fonctions et contextes d'usage est bien évidemment complexe et mériterait une investigation plus approfondie.

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

## **Les hyper insérés**

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

Si des produits à forte valeur symbolique sont consommés parfois de manière compulsive et plus particulièrement la cocaïne dans toutes ses modalités d'usages<sup>12</sup>, les produits renvoyant à la figure classique du toxicomane sont plutôt mis à distance : l'héroïne et ses substituts, mais aussi dans une moindre mesure le cannabis.

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

## **Évolutions observées au sein de l'espace urbain**

Les observations indiquent des évolutions essentiellement dans les groupes des populations dites « précaires ». Au-delà d'une orientation de travail choisie par les observateurs vers ces populations, il apparaît que peu d'évolutions sont observées concernant les « insérés » et les « hyperinsérés ». Souvent révélateurs de processus d'élargissement d'un phénomène, les travaux pour cet exercice TREND mettent en évidence des phénomènes nouveaux et peu de processus de diffusion.

## **Groupe en situation d'errance et dynamique de groupe**

La visibilité de groupes de jeunes sans domicile fixe est l'élément essentiel à l'origine du sentiment d'insécurité dans les métropoles urbaines. Le postulat empirique, repris par certains chercheurs en sciences sociales, a longtemps considéré que ces groupes formaient des réseaux sociaux particuliers, durables, à l'origine d'une culture de la rue. Certes ces jeunes apparaissent dans les espaces publics et dans les dispositifs de prise en charge en groupe. Pour autant, la qualité des liens sociaux constituant ce groupe est rarement interrogée. Pour cette actrice de la réduction des risques, « *ces personnes sont en groupe, mais ce groupe n'est pas une réelle entité, il ne génère pas un sentiment d'appartenance, il n'y a pas de revendication d'une communauté* ». Le repérage de groupes par les observateurs lors d'interaction particulière ne signifie pas automatiquement que ce groupe fasse sens pour les membres qui le composent. La notion de « groupe momentané d'utilité » semble plus juste. Ce sont les conditions de vie du moment qui initient des liens sociaux plus ou moins durables.

---

<sup>12</sup> Pour être précis la co-consommation d'alcool et de cocaïne est au centre des consommations de cette population.

Les investigations de 2009 indiquent clairement des interactions sociales éphémères et utilitaires. Des besoins très concrets de tenir un abri, de se nourrir, de faire la manche ou d'obtenir des psychotropes constituent les raisons précaires de moments de vie partagés. La recherche exploratoire menée à Toulouse en 2009 par l'Institut d'Anthropologie Clinique à la demande d'un dispositif de réduction des risques local est particulièrement éclairante sur ces points<sup>13</sup>.

En se centrant simplement sur la question des psychotropes, il apparaît que la question des substances psychoactives est au centre d'échanges sociaux s'inscrivant dans ce processus de « groupe momentané d'utilité ».

Les rapports ethnographiques indiquent des relations intergénérationnelles conditionnées par des échanges de services ou d'argent autour du Subutex® :

*« Le parisien (20 ans) est un ancien usager d'héroïne reconverti au Subutex® sans prescription qu'il achète à Esquirol même si je fais l'hypothèse que les deux personnes plus âgées avec qui il vit et qui ont des prescriptions (ils me le diront, mais pas devant lui) lui en revendent ou lui échangent contre service rendu. Il vit avec ses deux compères depuis qu'il est arrivé à Toulouse et ce sont eux qui l'ont initié au Subutex®. Il dit se contenter de sa situation même s'il souhaiterait avoir plus d'argent pour se faire un « fix d'héro » de temps en temps »<sup>14</sup>.*

Cette situation indique bien qu'au-delà du trafic, cette relation de réciprocité du type don contre-don<sup>15</sup> construit des liens sociaux momentanés. En effet, lorsque l'accessibilité au Subutex® par prescription sera connue par le plus jeune, il est possible, mais pas certain, que ces échanges se déséquilibrent modifiant les liens sociaux de ce groupe.

Les « groupes momentanés d'utilité » peuvent aussi s'élaborer pour structurer un micro trafic :

*« Lors des deux premières sorties, j'ai discuté avec trois jeunes près d'Arnaud Bernard. Ils ne vivent pas ensemble, ils se retrouvent que le soir à cet endroit pour « mancher ». Vingt ans pour deux d'entre eux. Concernant le troisième, je n'ai jamais su, mais il paraît plus jeune. D'ailleurs selon eux c'est le meilleur mancheur, les mères de famille et les mamies craquent à chaque fois. Ils vivent de la manche mais surtout de la revente de Subutex® aux grossistes d'Esquirol (C.f. Trend Toulouse 2008). En gros ce sont des mules. Ils ont leur papier en règle plus deux cartes vitales qu'ils ont volées à des étudiants (ils me les montrent). Ça fait cinq possibilités. Ils disent qu'avec les cinq cartes, ils peuvent se faire prescrire sur la même semaine 10 plaquettes de Subutex® ou 70 comprimés de 8 mg. Quand je leur parle du contrôle de la CPAM, ils hallucinent et s'indignent contre les laboratoires pharmaceutiques qui font bien plus d'argent qu'eux sur le dos des toxicomanes »<sup>16</sup>.*

Le trafic de Subutex® structuré autour de « mules » et décrit par TREND dès 2008<sup>17</sup> est une source de revenus non négligeable. Avoir de l'argent est vital même quand on n'a pas de logement. Invitant des jeunes non-usagers de buprénorphine haut dosage (BHD) à se faire prescrire du Subutex® pour le revendre à des grossistes, ce trafic structure des « groupes momentanés d'utilité ».

---

<sup>13</sup> Escots S., Michels D. et Sudérie G., Étude exploratoire sur les 15-25 ans consommateurs de substances psychoactives sans résidence stable, visibles au centre ville à Toulouse, IAC/Les Anthropologues Appliqués, 2010, à paraître.

<sup>14</sup> Note ethnographique de l'espace urbain.

<sup>15</sup> Mauss M., Essai sur le don - première publication l'Année sociologique, 1923-1924, rééd. in Marcel Mauss, Sociologie et anthropologie, 2001, PUF, Paris.

<sup>16</sup> Note ethnographique de l'espace urbain.

<sup>17</sup> Sudérie G., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2008 sur le site de Toulouse, Op.Cit p.50

En effet dans ce cas, ces jeunes ne vivent pas ensemble le reste du temps :

*« L'un d'entre eux me dit qu'il dort dans le chantier en construction. (...) Le second me dit dormir dans une tente derrière le palais des Sports (...) et le plus jeune logerait chez des potes, parfois dans des camions ou des squats »<sup>18</sup>.*

Que ce soit pour avoir accès aux psychotropes, ou trouver des moyens de subsistance, des « groupes momentanés d'utilité » apparaissent et disparaissent selon les besoins du moment, les « embrouilles » ou la possibilité de s'en abstraire. Ce type de groupe est déterminé par des besoins primaires vitaux incluant les questions de l'accessibilité et de l'usage de substances psychoactives :

*« Je rencontre un groupe de cinq personnes, dont deux filles de moins de 25 ans. Je ne sais pas quelles sont les relations entre ces garçons (30-35 ans) et ces filles. Leur affiliation culturelle est clairement du côté de la culture punk. Ils vivent sur l'île du Ramier grâce aux RMI des trois garçons. Il y a une réelle dépendance des filles aux revenus des garçons. Usagers d'héroïne par voie intraveineuse, ils dealent de l'héroïne. Je comprends que ce sont les filles qui transportent l'héroïne et les garçons qui s'occupent de l'argent<sup>19</sup>. Ce sont les filles qui prennent les risques, car argumentent-ils, les garçons ont un casier et que ça peut être vite l'escalade et ils ne veulent pas revenir en prison (sur les 3 garçons deux sont passés par la case prison pour violence). Je n'arrive pas à évaluer la quantité de leur trafic. Je pense que ça leur permet de compléter une manche pas très efficace et de payer leur consommation, pas plus ».*

À la différence d'autres liens sociaux s'inscrivant dans des projets collectifs quasi communautaires, ces « groupes momentanés d'utilité » ne s'inscrivent pas dans des projets d'accès aux droits, à l'hébergement ou à la santé<sup>20</sup>. Au-delà de ces exemples, les observateurs indiquent que l'accessibilité aux psychotropes est l'un des moteurs faisant fonctionner ces groupes.

Concernant les plus jeunes (16-25 ans), les consommations de certains produits s'inscrivant dans la cosmogonie de la « free party », sont au centre des tentatives d'affiliation au mouvement Techno alternatif.

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

### **Des Squats organisés et auto-organisés**

Depuis 2006, les observateurs indiquaient une migration des populations de cet espace vers la périphérie urbaine du fait de la « disparition » de squats de grande taille dans le centre-ville.

---

<sup>18</sup> Note ethnographique de l'espace urbain.

<sup>19</sup> Cette observation avait déjà été décrite par le travail que TREND avait mené sur femmes à la rue et toxicomanie. C.f. Suderie, G. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2007 sur le site de Toulouse, Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées/OFDT, Juin 2008

<sup>20</sup> Sur ce point voir la différence que fait Escots entre collectif et groupe dans Escots S., Michels D. et Suderie G., Étude exploratoire sur les 15-25 ans consommateurs de substances psychoactives sans résidence stable, visibles au centre ville à Toulouse, Op. Cit.



Les investigations ethnographiques ainsi que les observateurs de la réduction des risques indiquent la constitution en 2009 de plusieurs squats dans le centre-ville. Soit organisés par des associations, soit autogérés, des campements ou des lieux de vie sont « ouverts » dans l'intra-muros. Une vie collective parfois complexe s'organise dans ces lieux qui sédentarisent pendant plusieurs mois des populations souvent invisibles du fait de leur mobilité. Cette nouvelle visibilité permet à des acteurs de santé et/ou de réduction des risques « d'aller vers » des populations rarement en demande prise en charge.

Une sédentarisation de populations en situation de précarité dans des villes à proximité de Toulouse fait suite à un mouvement de déplacements de ces dernières années. Cette sédentarisation crée un « appel d'air » pour d'autres populations urbaines en errance et qui s'inscrivent dans des squats ouverts par d'autres, ou sur des campements de plus en plus structurés.

### **Roms, roumains, migrants de tous pays**

Cette population méconnue localement, mais très visible dans l'espace public est au centre de nombreux discours. Depuis plusieurs années des migrants de l'Est de l'Europe apparaissent dans l'espace public à Toulouse. Peu présents dans les CAARUD et CSST locaux, ils sont décrits pourtant dans des conflits avec les personnes accueillies dans ces dispositifs. Pour cette observatrice *« ils se plaignent des Roumains, d'après leurs remarques, ils sont hyper fachos, c'est compliqué parfois, les Roumains sont racistes (...) il y a des heurts, des difficultés, pour la manche (...) du vol entre eux, cassage de gueule, il y a de ça, de la violence physique »*. Pour les personnes vivant à la rue, la concurrence sur les « spots » de manche est vive. Un référent culturel différent ne simplifie pas les choses. L'économie de la rue est largement conditionnée par l'activité de la manche. Pour une actrice de réduction des risques, *« il y a beaucoup de gens qui font aussi la manche et qui te disent « il faut que j'y aille » (...) j'ai travaillé, des problématiques de santé plus générales, avec des problèmes de santé un peu importants, avec des rendez-vous à l'hosto, et les gens me disent « je n'ai pas le temps », il faut aller mancher pour avoir les croquettes pour les chiens »*. Ce « job à plein » est parfois même un obstacle à des prises en charge de problèmes de santé. Il devient d'autant plus difficile, quand les meilleures zones de passages<sup>21</sup> sont très convoitées. L'importance vitale de pouvoir mendier 10, 20 ou 30 euros dans la journée est telle que lorsque cet objectif n'est pas atteint, la faim ou le manque de psychotropes rend le partage de l'espace public très compliqué, voire violent.

---

<sup>21</sup> Supermarchés de petite taille, C.f. Ibid

## L'espace festif alternatif

La catégorisation de TREND<sup>22</sup> définit l'espace festif Électronique suivant quatre groupes d'affinité : Alternatif, Soirée urbaine, Clubbing et Select. Rappelons donc les définitions des deux premiers groupes qui nous intéressent ici :

- « *Le groupe Alternatif regroupe les amateurs de free parties et de rave parties (absence de teknival lors du mois de référence). Le plus souvent organisées à l'extérieur, les free parties regroupent 200 à 2 000 personnes environ, sont gratuites ou sur donation. Les amateurs de free revendiquent une image décalée et de « contre-culture ». Les compositions musicales appréciées lors de ces rassemblements se classent dans les tendances les plus agressives de la famille Electro : Hard-core, Hard-teck, Tribe. Les raves parties, à entrées payantes, regroupent jusqu'à 6 000 personnes dans des lieux couverts loués pour l'occasion (période d'hiver). Les amateurs de rave se perçoivent également comme porteurs de contre-culture teintée d'une composante plus hédoniste. Les styles de musiques écoutées sont différenciés et le plus souvent, plusieurs plateaux de son et dance floors laissent le choix des genres : Transe, Jungle, Drum 'n' Bass.... Mais aussi Hard-core et Hard-teck.*
- *Le groupe Soirée urbaines, défini comme plus mélomane que les autres, se retrouve dans des bars musicaux, et parfois en festival Electro. Ses membres choisissent avant tout un lieu pour sa programmation musicale. La proportion d'étudiants est plus importante que dans les autres groupes. Les courants musicaux appréciés dans ce groupe sont variés et couvrent pratiquement le panel de ce qui s'écoute par ailleurs dans l'espace alternatif : Hard-core, Hard-teck, Tribe, Drum 'n' Bass, Jungle, Transe, Electro Dub... Les principaux recoupements de population relèvent de la porosité observée avec le groupe Alternatif.<sup>23</sup>»*

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

Le rapport de TREND<sup>24</sup> Toulouse de 2007 a catégorisé la population de l'espace festif Électronique alternatif. Cette classification dépend de critères culturels, économiques et sociaux. Combinés entre eux, ils définissent l'appartenance aux groupes des fondateurs/expérimentateurs et à celui des satellites. Rappelons rapidement les principales caractéristiques de ces trois populations avant de poursuivre :

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

<sup>22</sup> Catherine Reynaud-Murupt, Agnes Cadet-Taïrou, *Substances psychoactives chez les amateurs de l'espace festif Electro*, Tendances numéro 56, octobre 2007.

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Sudérie G., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006 sur le site de Toulouse*, OFDT, 2007, pp.40-42.

expérimentateurs « sont des consommateurs non problématiques ou dans le déni des problèmes de consommation, utilisant très peu les services ou des structures de la réduction des dommages du dispositif urbain. »

- « Les *Satellites* sont engagés à des degrés divers dans des problématiques de précarité et d'errance. (...) Si pour certains, le nomadisme relatif dans les faits se construit dans une identification à la culture underground et structure un mode de vie précaire, pour d'autres, faire la fête dans cet espace s'établit dans un parcours d'errance, à un moment donné, sans réelle affiliation alternative. (...) Lorsqu'on parle de porosité entre espace festif et espace urbain, c'est à ce stade-là qu'elle s'exerce.<sup>25</sup> »

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

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

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

#### **Les soirées urbaines**

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

#### **Les fêtes privés**

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

---

<sup>25</sup> Ibid., pp. 40-41.

donc être privilégiées aux sorties dans les bars par exemple, où les dépenses seront nécessairement plus importantes.

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

Ce sont les fêtes avec quasi exclusivement de la musique électronique<sup>26</sup>. D'un côté, il y a les free parties et les Teknival, événements majoritairement gratuits et organisés en extérieur, soit dans la nature, soit dans des lieux détournés, par exemple des usines désaffectées. Et de l'autre, les raves qui sont payantes et organisées dans des établissements de nuit. Le type d'espace a son importance pour les consommations de produits psychoactifs : les règles de sécurité de la boîte de nuit s'appliquant à la rave qui s'y déroule, le contrôle social y est donc plus présent que dans une free party ou un Teknival.

L'omniprésence du Hardcore dans les free parties n'est plus d'actualité, la tendance déjà repérée depuis un an et demi, s'est affirmée cette année. Là où auparavant, il y avait une majorité écrasante de soirées Hardcore, la tendance est actuellement au Breakbeat dont le style se rapproche plus de la Techno de la fin des années 90 : du rythme ultra rapide caractéristique du Hardcore, 200 BPM, on est passé avec le Breakbeat à du 160-180 BPM. Même des « sound system » ou des DJ qui traditionnellement mixaient du Hardcore, élargissent maintenant leur répertoire en intégrant du Breakbeat. Cette évolution renvoie à la tendance générale observable en Europe d'un retour aux racines de la musique électronique avec le renouveau de la Techno Minimale et du Dub Step.

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

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

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

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

## **Les évolutions au sein de l'espace festif alternatif**

### **Saisie de « sons »**

Depuis 2008, le milieu festif électronique est dans une phase de constriction. Les immenses événements du début des années 2000 ont laissé progressivement la place à une organisation

---

<sup>26</sup> Parfois, la soirée peut en effet débiter par un concert de rock (métal, indus, punk, etc..) ou de l'électro hip hop.

plus diffuse à travers de petits évènements moins spectaculaires<sup>27</sup>. En 2009, les observateurs ethnographiques et de la réduction des risques constatent moins d'évènements de plus de 200 participants. La saisie de « sons » du 1<sup>er</sup> mai 2009 dans l'Eure ainsi que celles au « Multisons » dans l'Aude ont aussi « *calmé les ardeurs* ». Si avant 2009, « la tolérance des 500 participants »<sup>28</sup> signifiait un assouplissement des conditions d'organisation, cette année, changement d'ambiance. Le matériel saisi manque pour l'organisation d'évènements et pour les sound-system encore équipés, le risque est trop grand pour désirer continuer à organiser des fêtes d'ampleur.

De ce fait, l'adaptation du milieu à ce manque d'évènements se traduit de différentes manières.

L'ensemble des informateurs indique une migration festive du milieu festif alternatif électronique vers le Sud-Est. La région PACA et sa frontière avec l'Italie semblent être la destination privilégiée des teufers de l'été 2009. On peut faire l'hypothèse que les sound system encore en capacité d'organiser des évènements se dirigent vers des « zones libres » pour éviter la répression. Selon les observateurs locaux, c'est le cas en Italie. Notons qu'aucune information n'indique le même type de migrations vers l'Espagne comme cela a pu être décrit les années précédentes. Là, encore on peut faire l'hypothèse d'une répression forte par la Guardia Civil.

De nombreux « off » ou « fuck »<sup>29</sup> sont repérés par les observateurs. Organisés sur les parkings de grands festivals multi-sons plus traditionnels, ayant une forte notoriété, ces micros évènements festifs plus ou moins informels deviennent des espaces de fêtes importants. L'apparition de ces lieux n'est pas un phénomène nouveau. Même s'ils sont décrits depuis longtemps, ils sont à l'origine de nouvelles questions pour les acteurs de la réduction des risques. Habités à ce type d'évènements autour de Teknival, l'organisation récurrente de « fuck électro » autour de festivals situés parfois loin du monde électronique indique une évolution de la scène festive alternative globale. En croisant les enquêtes ethnographiques des espaces festif et urbain, le festival d'Aurillac, fin août apparaît comme un espace réunissant des jeunes « teufers » et des jeunes rencontrés dans la rue. Ce festival est l'exemple typique d'un phénomène de porosité des espaces, amplifié cette année par un contexte particulier. Fondateurs et satellites se croisent, échangent probablement pour une part sur leur pratique de la fête et sur leurs usages de drogues associés.

Parallèlement et de manière non contradictoire, les observateurs indiquent une privatisation des espaces festifs. Pour un acteur de la réduction des risques de l'espace festif, « *le milieu se referme sur lui-même* ». La responsable d'observation de l'espace festif alternatif indique que « *l'espace de la fête privée apparaît comme un espace de l'entre soi où se retrouvent les personnes du milieu* ». Le manque de gros évènements tend à une nouvelle organisation de l'espace. La multiplication de petits évènements rappelle les premières heures du mouvement, du temps où il était « *underground* » et permet d'éviter la publicité, donc la visibilité publique et la répression potentielle. Ce phénomène amorcé depuis 2008 se confirme certes dans un contexte répressif, mais s'articule surtout à une volonté des acteurs de ce mouvement culturel de revenir « fondamentaux ». « *Stop aux fêtes de masse qui ne réunissent plus que des touristes et des vendeurs de kebab !* » crie un fondateur. L'indication sur les « flyers » « *Ne pas diffuser sur Internet* » illustre bien ce processus en cours.

<sup>27</sup> Sudérie G., Monzel M., Hoareau E., Évolution de la scène Techno et des usages en son sein in Les usages de drogues illicites en France depuis 1999, vus au travers du dispositif TREND, OFDT, Paris, 2010 pp. 84-95

<sup>28</sup> Les free party sont soumis à déclaration en préfecture depuis la loi LSQ de 2005 et limite à 250 personnes les rassemblements non déclarés. En 2007 et 2008, une tolérance administrative existait pour la réunion de moins de 500. En 2009, ce n'est plus le cas.

<sup>29</sup> En langage indigène. D'abord repérés sur les parkings et les campings autour des raves, ces free party se développent depuis quelque temps autour des festivals multi-sons.

Une double difficulté se met sur le chemin des acteurs de la réduction des risques. Si la première, celle d'investir de nouveaux lieux autour des festivals est déjà anticipée par l'ensemble des acteurs locaux, la seconde, celle d'être au plus près des organisateurs de « mini-free » va les mettre en difficulté. Les moyens alloués à ces équipes de professionnels ne leur permettront pas d'investir tous les réseaux pour être présents sur tous les événements connus seulement par le bouche-à-oreille.

### **Crise économique**

En considérant comme Robert Castel<sup>30</sup> que le toxicomane est celui qui organise son existence autour de la recherche et de la consommation du produit, qu'en est-il lorsque l'existence sociale change brutalement ? En ce sens, les investigations de 2009 interrogent les liens entre exclusion sociale, usage de drogues et toxicomanie. Les difficultés socio-économiques de l'ensemble des populations que l'on observe depuis plusieurs années se sont nettement aggravées en 2009. Ce phénomène est encore plus sensible pour les milieux populaires qui constituent en grande partie l'espace festif alternatif. Cette observatrice constate que « *les gens qui faisaient de l'intérim, ils ne bossent plus, les gens qui vivaient dans des camions et bossaient dans des usines c'est fini, Siemens, Motorola c'est fermé !* ». Le resserrement du marché de l'emploi et plus particulièrement des emplois faiblement qualifiés est à l'origine d'une forte précarisation d'une part des populations de cet espace. « *Il ne reste plus que le chômage, le RMI et le deal pour combler les fins de mois. Tu ne peux plus partir l'été, tu te sédentarises, tu deviens précaire, et tout ça, parce que tu n'as pas un sou* » constate cette même observatrice. Ce sont les plus pauvres qui subissent le plus l'impact de la crise. En une année d'observation apparaissent des situations complexes. De drogues consommées dans des contextes et des fonctions particuliers, certains usages deviennent toxicomaniaques d'autant plus si la molécule privilégiée se prête à des modifications d'états de conscience multiples. Des cas de pertes de contrôle d'usage de kétamine et d'héroïne<sup>31</sup> sont clairement identifiés par les observateurs. Ce type de phénomène a toujours existé de manière plus ou moins apparente. Il semble toutefois que le contexte social rend encore plus vulnérables certaines personnes qui sont d'ailleurs rarement en demande de prise en charge.

### **Visibilité accrue des pratiques d'injection**

La responsable des observations dans l'espace festif alternatif note « *une visibilité accrue du phénomène de l'injection sans pour autant que la pratique ne soit normalisée* ». Visibilité ne signifie pas nouvelle pratique. L'utilisation de la voie veineuse n'est pas une modalité d'usage comme les autres dans cet espace. Concernant ce phénomène décrit par TREND depuis plusieurs années, les investigations n'indiquent rien de très nouveau si ce n'est de nouveaux discours. La visibilité ne fait pas évoluer les représentations des non-initiés, pour autant, ce n'est plus l'omerta. Pendant longtemps aux questions concernant les pratiques d'injection, les réponses étaient sans appel : « *pas de ça chez nous* ». La nuance est qu'aujourd'hui chacun des informateurs rapporte des cas lors des conversations ethnographiques. Ceci indique une évolution. Tous les « teufers » interrogés<sup>32</sup> connaissent directement ou indirectement une personne qui utilise la voie veineuse. La plupart sont en capacité de décrire plusieurs situations dans lesquelles ils ont assisté à des usages de drogues via cette modalité. Que ces

---

<sup>30</sup> Castel, R., Les sorties de la toxicomanie. Types, trajectoires, tonalités, GRASS, MIRE, Paris, 1998, 303 p.

<sup>31</sup> C.f. Partie sur l'héroïne et la kétamine dans ce rapport dans le chapitre les phénomènes marquant

<sup>32</sup> Notons ici que les personnes incluses dans le recueil ont la particularité d'avoir plus de 25 ans. Ce biais d'observation doit pondérer une généralisation inexacte.

soit dans la sphère privée, ou dans un espace public ou semi-public, la pratique de l'injection apparaît comme « *choquante* ».

Très concrètement, les investigations n'indiquent pas de cas de pratique d'injection dans un espace public. La contrainte du contrôle social semble trop forte. Pour autant, la responsable des observations dans cet espace indique qu'« *il en est tout autrement lorsque le véhicule (dans lequel se déroule l'injection) est une voiture. Une ambivalence se fait jour entre la dissimulation et la non dissimulation. Cacher sa pratique dans une voiture est moins aisé que dans un camion. (...) la voiture apparaît comme un espace de l'entre-deux, à la fois ouvert sur le monde et clos sur lui-même. Ce qui crée une situation ambiguë où un statu quo s'installe entre l'injecteur et celui qui l'aperçoit : ne pas se regarder* ».

Si les pratiques d'injection sont clairement stigmatisées dans l'espace public, des tolérances peuvent exister dans des contextes privés. Ainsi, la responsable des observations ethnographiques de cet espace conclut ses observations par « *la vision de l'injection n'a pas sa place dans l'espace de la teuf* ». En effet, une distinction morale s'établit autour cette pratique. Sa réalisation dans la sphère intime de « *l'appartement* » ne génère pas la même stigmatisation que celle attribuée lors de contextes définis comme festifs. Ce rejet est plus virulent, car non approprié à la fête. Cette modalité renvoie autant à la fonction de « *défonce* » qu'à l'imaginaire du « *toxicomane* ». Aucune banalisation ou normalisation n'est donc possible, car cette pratique est très (trop) éloignée de la mythologie de la fête alternative.

## **Espace festif commercial**

Comme chaque année et même si l'espace festif commercial n'est pas le lieu des investigations les plus approfondies, il reste un lieu d'observation des tendances de diffusion des phénomènes.

### **Situation sur le site**

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

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

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

Dans tous les cas ce n'est pas dans l'espace festif commercial que l'on peut observer des phénomènes émergents. Toutefois, ces lieux d'observations nous permettent d'évaluer la diffusion des phénomènes et la transformation des motivations et/ou des fonctions d'usages de psychotropes selon les contextes. Le développement des consommations de cocaïne et d'ecstasy par exemple s'ancre dans un phénomène de diffusion lent, amorcé il y a plusieurs années. Sortant de leur cercle d'initiés, les « VIP » pour la cocaïne, « *le monde électro* » pour l'ecstasy, la consommation de ces psychotropes sans réellement se démocratiser ou se banaliser touche des populations aux caractéristiques sociales et culturelles différentes. Notons que les prévalences en population générale d'usage concernant ces molécules restent relativement faibles<sup>33</sup>.

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

---

<sup>33</sup> C.f. *L'introduction* de ce rapport



pas l'ensemble des acteurs de la fête, les « fêtards » habituellement vulnérables aux usages de drogues consomment leurs psychotropes dans des temps et des lieux différents.

Les usagers de psychoactifs illicites consomment principalement en contextes privés<sup>34</sup>. Un groupe d'usager consommera également en différents lieux publics inclus dans le parcours festif d'une soirée déterminée. Comme le dit un informateur interrogé sur les espaces propices à la consommation : « *C'est pas le lieu, c'est les gens. Ce sera toujours une minorité.* » On retrouve toujours les mêmes groupes de consommateurs, minoritaires en tous lieux et dont la présence à un moment donné colore l'atmosphère. On ne peut actuellement identifier au sein des espaces commerciaux un club ou un bar à l'intérieur duquel la consommation de psychoactifs illicites serait visiblement partagée par la majorité des clients en présence, et ce, de manière systématique ou régulière. On rencontrera ce type de configuration à l'occasion de tel ou tel événement/soirée particulier. Ainsi, la soirée de la « gay pride » a réuni de nombreux usagers dans des établissements qui semblent avoir une politique « libérale » en matière de consommation de psychotropes sans pour autant être le théâtre d'un usage majoritaire en temps normal.

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

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

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

---

<sup>34</sup> Il est à souligner que l'interdiction de la consommation de tabac a rendu plus visible les consommations de psychotropes aux abords des établissements de nuit. Sur ce point voir Phénomènes émergents liés aux drogues en 2008 sur le site de Toulouse <http://www.graphiti-cirddmp.org/fr/phenomenes-emergents.59.html>

## ***Demande de prise en charge***

La triangulation des informations issues des CSST fait apparaître un consensus. Tous ces dispositifs indiquent une forte demande de prise en charge pour de jeunes usagers d'héroïne. Pour ces acteurs expérimentés, ces demandes de traitement « méthadone » concernent de jeunes gens de moins de 25 ans avec une parité hommes/femmes. Au-delà du rajeunissement des files actives, ce sont les courtes carrières d'usage et le type de la démarche qui étonnent ces observateurs.

Au bout de deux années d'usage, parfois plus, parfois moins, des jeunes socialement insérés, sans être forcément en rupture familiale trouvent en la méthadone un moyen de traiter leur dépendance. En 2009, cette molécule est perçue par ces populations comme « *un médicament qui traite la dépendance à l'héroïne* »<sup>35</sup>. La double représentation d'une toxicomanie vécue comme une maladie et curable grâce à cette molécule initie des demandes de sevrage rapide. Dans ce cas, la pharmacothérapie prend une place majeure dans la demande de soins, d'autant plus que la hausse de la disponibilité de ce produit dans le marché de rue démocratise son usage.

D'autres profils de patients apparaissent dans certains centres de soins. Là encore, ce sont des jeunes de moins de 25 ans, mais avec des parcours différents. Ces polyconsommateurs ont une carrière d'usage de drogue plus longue, avec parfois des prescriptions de buprénorphine haut dosage qu'ils injectent. Ces jeunes, hommes et femmes, sont la plupart du temps dans des situations sociales très précaires. Dans ce cas, pareillement, c'est la méthadone qui est privilégiée et particulièrement par ceux qui l'utilisent déjà en auto-substitution via le marché de rue.

Parallèlement à ce phénomène de rajeunissement des personnes en demande de soins, une actrice de la réduction des risques indique qu'« *il y a de plus en plus de demandes d'arrêt (...) les demandes sont sur l'arrêt ou la diminution des consommations, ils veulent se faire moins mal avec les produits, mais continuer les produits quand même et veulent de la métha* ».

Cette multitude de demandes de soins très hétérogènes pour une même molécule complexifie le travail des acteurs de soins. Pour ce médecin, « *dans une même salle d'attente il y a parfois des usagers de drogues actifs à qui on file de la méthadone, des patients stabilisés et ça peut poser des problèmes* ». S'il est évident que prescrire de la méthadone ne soigne pas la toxicomanie, et que d'autres thérapies ont prouvé leurs « efficacités », les évolutions des représentations plébiscitent l'utilisation de cette molécule.

Cette demande de pharmacothérapie facilitée par les expériences individuelles rendues possibles par un marché de rue en expansion élargit les publics et les profils des patients. Ce phénomène met à mal certains cadres thérapeutiques de la méthadone à « haut seuil d'exigences »<sup>36</sup>. Si l'utilisation des modèles de « seuil adapté d'exigences »<sup>37</sup> a permis aux

---

<sup>35</sup> C.f. partie sur la méthadone

<sup>36</sup> Méthadone haut seuil d'exigences : La méthadone est prescrite de façon individualisée, dans un cadre strict où délivrance et prise sont contrôlées. L'administration du produit de substitution est quotidienne ou, du moins, satisfait à un schéma rigoureusement prescrit, souvent dans le cadre d'un contrat. Le sujet s'astreint à une abstinence totale d'opiacés ou d'autres substances psychoactives illicites ou licites. Si les contrôles urinaires sont positifs, le sujet peut être exclu du programme de soins. Ceci en théorie, car, à partir de la preuve que représente le résultat de l'analyse urinaire, il s'agit bien plus de travailler sur les prises de substances pour faire progresser le patient. L'arrêt de la consommation des substances psychoactives y est donc un préalable, mais ceci permet de prendre en compte les difficultés mises à jour par cet arrêt afin de travailler au maintien de l'abstinence qui devient dès lors un but et non une exigence. Ce modèle, qui implique des moyens de prise en charge importants, est celui des centres de prescription et de délivrance de la méthadone tels qu'on les connaît notamment en

acteurs de s'adapter efficacement à ce phénomène, certains patients sous méthadone n'arrivent pas tenir dans ces cadres même flottants. De nouveaux cadres dans d'autres lieux semblent nécessaires pour ces personnes en lien avec les dispositifs de prise en charge, mais qui pour autant ne peuvent pas contenir dans les existants.

Si l'utilisation de la méthadone est perçue par les personnes en demande de soins et les addictologues comme une pharmacothérapie efficace, n'oublions pas que l'Autorisation de Mise sur le Marché lui a été attribuée en 1995 à des fins de réduction des risques.

## **Marché des drogues et organisation des trafics<sup>38</sup>**

### **Toulouse entre Barcelone et Amsterdam**

Proche de l'Espagne, Toulouse a toujours eu les caractéristiques d'une ville transfrontalière. Toutefois, le trafic de drogues se structure autour d'un double réseau d'approvisionnement. Un trafic diffus, individuel d'usagers/revendeurs, ou pour des volumes plus importants que pour le simple usage, s'organise via la Catalogne ou le Pays Basque. Un trafic plus organisé depuis la Hollande, mais aussi la Belgique est porté par des réseaux plus élaborés. Schématiquement, cannabis, cocaïne et héroïne sont importés sur le site via ces deux types de réseau.

Si le trafic diffus en lien avec l'Espagne peut concerner tous types d'usagers de drogues, l'approvisionnement en Hollande ou en Belgique demande une logistique qui n'est pas à la portée de tout le monde. Le rapport bénéfice/risque n'est valable que si l'investissement est important. « *À moins de trente grammes, sur le plan commercial, il y a un risque* » indique une observatrice de l'application de la loi. Une logistique élaborée implique donc un trafic en grande quantité.

Que ce soit un trafic diffus ou un trafic organisé, pour ceux qui font du « commerce », la difficulté est la revente rapide et par là même le stockage. Avoir du stock est un problème, car il génère un risque. S'organisent alors des lieux de ventes très structurés, visibles par tous, accueillant les usagers à toute heure du jour ou de la nuit.

Les interventions de l'action publique répressive en 2008 et 2009 n'ont déstabilisé cette organisation du marché que momentanément.

Notons qu'une majorité d'observateurs indiquent que si les réseaux de cannabis, de cocaïne et d'héroïne sont différenciés, les « semi-grossistes » n'ont pas (ou plus) de spécialité.

### **Disponibilité des drogues et accessibilité aux drogues**

Pour cette observatrice de l'espace urbain, « *les plans ne sont plus fixes (...) avant tu allais voir tout le temps la même personne, tu savais qu'elle en avait tout le temps alors qu'aujourd'hui du jour au lendemain tu peux ne plus rien avoir* ». Ce phénomène régulièrement décrit par différents observateurs en 2009 ne concerne que l'héroïne. Les

---

France. La stratégie de haut seuil sélectionne des patients acceptant ces contraintes, et donc parvenus à un point avancé de leur trajectoire. (Définition MILDT 2010)

<sup>37</sup> Méthadone à seuil adapté d'exigences Le seuil adapté est un ajustement du contrat thérapeutique à la réalité des usages des patients. L'assouplissement de ses contraintes permet aux patients de se maintenir dans un traitement.

<sup>38</sup> La question des détournements et du trafic des médicaments sera abordée dans la partie MSO car les sources d'informations sont distinctes de celles qui sont utilisées dans ce chapitre. Une mise en perspective semble méthodologiquement inadéquate.

usagers de cocaïne et de cannabis interrogés sur ce point indiquent la possibilité de s'approvisionner dans certains quartiers, si nécessaire.

En 2009 malgré les actions publiques, des lieux sont identifiés comme « *des supermarchés à ciel ouvert* » facilitant l'accessibilité aux drogues. Si la disponibilité de drogues a toujours été relativement importante sur le site, leur accessibilité était complexe, presque réservée aux initiés. Concernant le cannabis et la cocaïne ce n'est d'autant plus le cas que la médiatisation des affaires a joué un rôle pervers, faisant de la publicité pour ces lieux dans tout Midi-Pyrénées. Les relevés ethnographiques indiquent en fin d'année « *une clientèle large venant aujourd'hui de Montauban, Tarbes, Castres ou Albi* ».

## **Le prix des drogues en 2009**

### **Précautions de lecture**

Une précaution doit être prise à la lecture du tableau suivant concernant le cannabis. Sur le site de Toulouse, les modalités d'approvisionnement de cannabis sont très éclectiques.

Entre autoculture, réseaux traditionnels, trafic de « fourmis » individuel, les prix peuvent être différents, car les qualités des produits recherchés et disponibles sont très différentes. Des produits de « qualité » sont très recherchés ce qui augmente automatiquement leurs prix. Parallèlement, de la résine de moins bonne qualité est largement disponible faisant chuter son prix. Ceci n'est pas nouveau. Toutefois, il semble que ce phénomène s'amplifie depuis 2008, ce qui a un impact sur les écarts de prix (allant du simple au double de 4 à 8,5 euros/g actuellement). Les moyennes entre les différentes sources d'information ne représentent pas le prix moyen du cannabis sur le site. Elles représentent seulement le prix moyen émanant de nos sources d'information qui sont spécifiques aux espaces que l'on observe. Étant donné le niveau de diffusion, il est difficile et périlleux de faire une généralisation. Ce qui certain, c'est que l'herbe se négocie en moyenne à des tarifs plus élevés.

Selon la quantité achetée, le prix peut fortement diminuer, davantage que pour d'autres drogues et plus particulièrement pour la résine. Le cannabis est un psychotrope qu'il n'est pas rare d'acheter par dizaine de grammes, même pour un simple usager.

Notons que pour les autres produits, même si les données sont à manier avec précautions, celles-ci sont plus fiables. En effet, plus le phénomène est restreint et plus les observations sont quasi-exhaustives même s'il est possible que certains phénomènes échappent aux investigations. Les prix concernant la BHD, la méthadone et les sulfates de morphine sont bien évidemment les prix relevés sur le marché parallèle de rue.

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

### Tableau recensant le prix des drogues sur le site

Le prix des drogues relevé par les différents observateurs est un indicateur intéressant pour renseigner la disponibilité et l'accessibilité des différents produits. Un indicateur (+) ou (-) indique une évolution du prix depuis en 2009 à la hausse pour (+), à la baisse pour (-).

	Prix relevés	Commentaires	Sources informations
Héroïne	Prix bas : 35 euros/g (+) Prix haut : 80 euros/g Prix courant : 60 euros/g	Il existe des ventes au détail selon ce que l'utilisateur peut payer. Les prix les plus faibles correspondent à des achats de plusieurs grammes	RDR Ethnographie Sanitaire GFR
BHD	<i>Subutex®</i> : Prix bas : 5 euros Prix haut : 10 euros Prix courant 8 euros	Forte disponibilité avec des prix qui augmentent les dimanches, les jours fériés et les jours de RMI	RDR Ethnographie Sanitaire
	<i>Générique</i> : 5 euros	Très peu présent sur le marché parallèle	RDR Ethnographie
Méthadone	Prix bas : 5 euros Prix haut : 15 euros Prix courant : 15 euros	En 2009, plusieurs dosages sont potentiellement accessibles avec des prix très différents	RDR Ethnographie
Sulfates de Morphine	60 à 70 euros la plaquette 5 à 10 euros le comprimé ou la gélule	Produit rare	RDR Ethnographie Informateurs Clés
Cocaïne	Prix bas : 45 euros/g (+) Prix haut : 80 (-) euros/g Prix courant : 60 euros/g	Le prix est à mettre en rapport avec la qualité et la quantité vendue. Il existe des ventes au détail selon ce que l'utilisateur peut payer. En 2009, les écarts entre les prix sont plus resserrés. Le prix courant est stable	RDR Ethnographie Informateurs Clés GFR
MDMA	<i>MDMA poudre</i> Prix bas : 50 euros/g Prix haut : 100 euros/g (+) Prix courant : 80 euros/g (+)	Produit rare en 2009	RDR Ethnographie Informateurs Clés
	<i>Ecstasy (comprimé)</i> Prix bas : 7 euros Prix haut : 10 euros Prix courant : 10 euros	Peu d'ecstasy ont contenu de la MDMA en 2009	RDR Ethnographie Informateurs Clés
Speed	Prix bas : 10 euros/g Prix haut : 30 euros/g (+) Prix courant : 15 euros/g	Produit beaucoup plus cité en 2009	RDR Ethnographie
LSD	Prix bas : 5 euros Prix haut : 10 euros Prix courant : 10 euros	Pas de différence entre goutte et buvard	Ethnographie
Kétamine	Prix bas : 30 euros/g Prix haut : 60 euros/g Prix courant : 50 euros/g	Ces prix sont sous la forme « poudre » et au gramme. Le litre se négocie 800 à 1000 euros	Ethnographie
Cannabis	Prix bas : 3 euros/g (résine) (-) Prix haut : 15 euros/g (herbe) (+) Prix courant : 4 ou 8 euros/g selon la qualité et la forme	Voir précautions mentionnées plus haut	RDR Ethnographie Sanitaire GFR



## **Les opiacés**





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

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

## **Héroïne**

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

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

### **Situation sur le site**

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

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

### **Disponible, mais pas accessible à tous**

Si la disponibilité de l'héroïne augmente, elle ne rend pas ce produit accessible à tous. Concernant les populations les plus précaires de l'espace urbain, le coût<sup>39</sup> de cette molécule sur le marché des drogues ne permet à tous de pouvoir la consommer. La concurrence des médicaments de substitution aux opiacés, gratuits sous prescription ou se négociant pour quelques euros sur le marché parallèle, permettent aux dépendants aux opiacés de pallier le manque. Ici, l'héroïne se restreint au statut « *d'extra* » dans des contextes exceptionnels. Notons ainsi que l'héroïne peut être alors un moyen de s'inclure dans des processus de

---

<sup>39</sup> 60 euros le gramme en moyenne. C.f. « *Le prix des drogues* » dans ce rapport.

distinction. Consommer de l'héroïne, ou déclarer en consommer dans un lieu recevant des populations en grandes précarités peut être au centre de processus d'affiliation des usagers de drogues, mettant à l'écart la question de la vulnérabilité sociale. Autrement dit, les acteurs de la réduction des risques recevant les personnes en situation de « grande précarité » pondèrent ces déclarations de consommation d'héroïne considérant de manière clinique que l'association alcool/médicaments psychotropes compose la réalité des usages.

### **Une image en évolution**

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

Les usagers les plus jeunes, ceux dont la représentation diabolise le moins cette molécule, n'ont pas construit leur image du toxicomane sur la figure traditionnelle de l'héroïnomane injecteur, héritée des années 80 et 90. De cette figure sociale, ils n'ont retenu que la question de l'injection. Non-injecteurs, ils consomment par voie nasale ou par la forme fumée<sup>40</sup> les préservant à leurs yeux des risques associés à la consommation de ce produit. N'entrant pas dans le couple injection/héroïne, ils se pensent protégés de la dépendance. Pour une part, la réalité est tout autre.

La seconde raison de la « dédiabolisation » de cette molécule est paradoxalement en lien direct avec l'offre de soins sur la question des opiacés et de la réduction des risques. Beaucoup considèrent, du fait de la baisse des overdoses et la diminution des infections VIH que « finalement le risque n'est pas si grand » et que « la toxicomanie, ça se soigne ».

Depuis que les observateurs remarquent une hausse de la disponibilité de l'héroïne, ils notent que « le manque peut se pallier par les médicaments de substitution aux opiacés ». Cette articulation héroïne/MSO est clairement ancrée dans les usages.

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

## **Évolutions : Ancrage de l'usage d'héroïne dans de multiples populations**

### **Tout le monde en parle**

L'ancrage de l'usage d'héroïne dans de multiples populations est observé dans les espaces festif et urbain. Ces trois dernières années, la réapparition des usages d'héroïne ou plutôt la nouvelle visibilité des usages dans ces populations a constitué une tendance majeure.

Le repérage de jeunes usagers-dépendants d'héroïne dans les Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes corrobore les observations antérieures<sup>41</sup>. Ces jeunes patients ont la particularité de formuler des demandes à la suite de carrières d'usage relativement courtes.

Deux grandes typologies d'usagers d'héroïne peuvent être établies principalement autour des modalités d'usage. Cet élément apparent s'établit au travers d'une nouvelle culture de l'héroïne construite sur de nouvelles représentations, de nouvelles pratiques du corps et

---

<sup>40</sup> « Chasser le dragon »

<sup>41</sup> C.f. Partie « Demande de prise en charge » dans ce rapport

surtout du fait d'une offre d'opiacés abondante entre une héroïne disponible et des MSO très accessibles.

Les « usagers traditionnels » déterminés par l'ancien paradigme ont un long parcours de polyconsommations. Souvent injecteurs, ils sont inclus dans des protocoles de substitution plus ou moins thérapeutiques, ils représentent une population déjà décrite par les investigations TREND depuis plusieurs années.

Les « nouveaux usagers », plus jeunes, s'inscrivent dans des usages de râbla plus que d'héroïne<sup>42</sup>. Ils utilisent la plupart du temps le sniff ou l'inhalation à chaud. Issus de l'espace festif alternatif, ils sont décrits à la fois par les observateurs ethnographiques, mais aussi par les dispositifs de soins et de réduction des risques. Là, encore les investigations de 2008 avaient décrit l'impact de l'utilisation de nouvelles modalités de consommations à l'origine de l'initialisation de nouvelles carrières d'usage d'héroïne. Phénomène nouveau en 2007 et 2008, la récurrence de la description de ces profils indique une forme de permanence. Appelés parfois maladroitement « *usagers récréatifs d'héroïne* », ces consommateurs qui ont connu les psychotropes en général, et l'héroïne en particulier, dans des moments festifs ne s'inscrivent plus dans cette fonction d'usage. Pour une part ils sont dépendants, parfois même toxicomanes. La dynamique addictogène particulière de l'héroïne a transformé les contextes et les motivations des usages. Si ce processus est décrit depuis plusieurs années, une forte diffusion repérée dès 2007 sur le site multiplie ce phénomène au point d'alerter les acteurs du soin aujourd'hui.

Ainsi, ce professionnel de la réduction des risques dans l'espace festif, a l'impression « *qu'il y a de plus en plus de consommations d'héroïne en teuf, et des jeunes en particulier, et pas en injection, en sniff. Ce que l'on remarque c'est une recrudescence de l'héroïne, alors que ça a été longtemps stigmatisé (...), on a l'impression que maintenant ça revient du fait que ça a pris d'autres noms, comme la râbla.* ». Le processus de redéfinition de la toxicomanie est au centre de ce phénomène. En effet, si l'usage d'héroïne est perçu comme potentiellement toxicomane alors l'usage d'héroïne est proscrit. De même si c'est l'usage d'héroïne par voie veineuse qui fait figure de toxicomanie, l'usage par voie nasale ou inhalée de l'héroïne est totalement « permis ».

Notons par ailleurs que les transformations des modalités d'usage via trois étapes successives sniff, inhalation à chaud, injection, sont plus complexes que les hypothèses qui avaient été émises par le dispositif TREND local en 2006. En effet, à cette époque certains observateurs « *s'inquiétaient* » d'une possible transformation des modalités d'usage passant du sniff à l'injection du fait de la dynamique du manque nécessitant une concentration plasmatique de plus en plus importante au fil des prises. Il n'en est rien.

De manière générale, les jeunes usagers par voie nasale n'utilisent pas l'injection et réciproquement la « *chasse au dragon* »<sup>43</sup> est peu utilisée par les personnes utilisant la voie veineuse. De plus, concernant les injecteurs, cette modalité a rarement précédé les pratiques d'injection. Dans ces cas, il n'y a pas de translation (escalade) dans les modalités d'usage sniff/inhalation à chaud/injection. Les modes culturels sont à interroger pour comprendre les facteurs de protection à la pratique d'injection.

### **Une épidémie chronique et sourde**

« *Thomas consomme de l'héroïne depuis un an* » indique le responsable des observations dans l'espace urbain. « *Une consommation qui passe inaperçue jusqu'à l'apparition d'absences répétées à son travail. Thomas a 21 ans. Il consomme du cannabis régulièrement depuis*

<sup>42</sup> En terme symbolique puisque que la râbla n'est qu'une appellation de l'héroïne

<sup>43</sup> Modalité d'usage qui consiste à inhaler la fumée de la combustion de l'héroïne sur une feuille d'aluminium

*plusieurs années, et de la cocaïne dans des contextes festifs. Aujourd'hui il consomme du Subutex® et de l'héroïne. Thomas a consommé le Subutex® de ses copains sous la langue puis par sniff. Rapidement après il a rencontré l'héroïne. Il s'aperçoit très vite que l'héroïne procure des effets supérieurs à ceux du Subutex®. L'héroïne est achetée à Cahors même s'il vit dans le fin fond du Lot. Le Subutex® provient d'achats faits à Toulouse. Il a commencé à consommer dans son village, mais dès qu'il est arrivé à Toulouse à la fac, il rencontre d'autres réseaux qui rendent l'héroïne encore plus accessible. Ses usages s'accroissent du fait d'une accessibilité plus forte. Thomas est orienté vers un addictologue. Aujourd'hui, il est revenu chez ses parents »*

Ce cas est assez typique des multiples descriptions que les observateurs ethnographiques du soin et de la réduction des risques révèlent lors des investigations. Des jeunes appartenant plus ou moins à l'espace festif alternatif sans envisager pour autant une réelle affiliation alternative sont décrits comme des usagers d'héroïne en demande de prise en charge ou orientés vers ces dispositifs sanitaires.

La diffusion de ce produit associée à une nouvelle représentation, de nouveaux contextes et de nouvelles fonctions d'usage agissent sur de nouvelles populations qui pour une part développent des problèmes d'usage.

Ce phénomène est repéré pour diverses populations et dans différents lieux. Des jeunes « destroys » ou plutôt ayant les stigmates de l'errance, comme des jeunes plus insérés ayant un travail, un logement indépendant ou vivant chez leurs parents, peuvent rencontrer ce produit dans les zones urbaines habituelles, mais aussi dans des zones plus rurales des départements limitrophes de la Haute-Garonne.

## **MSO<sup>44</sup> et usages détournés**

### **États des lieux et Clarification des notions**

Les conditions historiques de la mise en place des TSO<sup>45</sup> ont conduit à une multitude de représentations, de points de vue, de pratiques de la « substitution » qui renvoie à une multitude de logiques d'utilisation des MSO. Les observations TREND montrent que les MSO sont utilisés aujourd'hui comme des drogues au sens anthropologique du terme, même si des enquêtes approfondies doivent encore être menées pour approfondir nos connaissances. Les investigations sur le site depuis 2004 montrent que si les médicaments de substitution s'inscrivent initialement dans le cadre des TSO, leur signification pour une part des personnes qui les utilisent est différente, la molécule perdant son statut symbolique de médicament pour revêtir la figure sociale de drogue.

Un produit devient un médicament lorsqu'il possède des propriétés préventives ou curatives à l'égard des maladies, ou lorsqu'il peut être administré pour restaurer, corriger ou modifier les fonctions organiques d'un organisme. Dans le champ qui nous préoccupe, il est légitime d'inclure dans cette définition, le fait que le médicament puisse être administré en l'absence de maladie déclarée, mais à titre de prévention dans une démarche de réduction des risques de la maladie<sup>46</sup>. Certains usagers utilisent des médicaments opiacés de substitution à des fins de prévention d'une éventuelle rechute.

Si un traitement peut avoir une utilisation non conforme à son cadre de prescription et un médicament peut être détourné de sa finalité thérapeutique, un produit reste libre de détermination des types d'usages que l'on peut en faire. Autrement dit, les MSO peuvent prendre une signification autre que celles déterminées au départ pour de utilisateurs, usagers de drogues ne s'inscrivant pas dans une demande de traitement de leur dépendance. Escots<sup>47</sup> différencie MSO et TSO au travers de deux définitions :

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

Si une seule lettre change entre TSO et MSO, la nuance est fondamentale pour appréhender le phénomène<sup>48</sup>. Comprendre les différentes logiques d'usages, c'est comprendre et contextualiser les observations TREND des 10 dernières années de ces médicaments, sortant du cadre thérapeutique et devenant pour une part de leurs utilisateurs, des drogues au sens anthropologique du terme<sup>49</sup>.

---

<sup>44</sup> MSO : Médicaments de Substitution aux Opiacés.

<sup>45</sup> TSO : Traitements de Substitution aux Opiacés.

<sup>46</sup> La notion de maladie à retenir ici est soit celle de l'addiction comme une perte de contrôle d'une consommation ayant des conséquences néfastes ou la toxicomanie envisagée comme une addiction à des substances illicites (DSM 4)

<sup>47</sup> Escots S., 2006, Communication Ecole des Hautes Études en Sciences Sociales, centre d'anthropologie, journée doctorale : « *Qu'est-ce qu'un usage de drogue* »

<sup>48</sup> La conférence de consensus de 2004 fait déjà une distinction sur ce point

<sup>49</sup> Ibid

Le programme TREND de Toulouse a fait le choix à partir de ces catégories de ne s'intéresser qu'aux usages « non conformes » communément appelés usages détournés ».

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

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

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

La BHD est une molécule agoniste/antagoniste morphinique prescrite jusqu'en 2005 sous le nom de spécialité Subutex® et non classée comme stupéfiant. Sont disponibles aussi sur le marché deux génériques. Le générique distribué par la marque Arrow® a été mis sur le marché en 2006 alors que celui de la marque Merck® apparaît en 2007.

Si la BHD est un traitement de substitution entrant dans le cadre d'un protocole thérapeutique, l'accroissement de sa disponibilité s'est accompagné du développement de son usage non conforme, voire d'usages non-substitutifs<sup>50</sup>.

L'analyse des usages de la BHD et plus particulièrement du Subutex®<sup>51</sup> perturbe les définitions légale ou pharmacologique des drogues. Comme le souligne Escots, cette même molécule est parfois un médicament envisagé dans le cadre d'un traitement, parfois un médicament utilisé de façon non conforme au cadre de traitement, parfois un médicament détourné de son usage. Parfois, enfin, la référence au médicament est tellement éloignée du consommateur et de son contexte d'usage que le statut médical de la molécule ne semble plus rendre efficacement compte de la réalité.

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

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

La BHD arrive à un stade où une part importante d'usagers en détournement, particulièrement les injecteurs chroniques, ont de grandes difficultés dans la gestion des dommages causés par les longues années de consommations. Au-delà des conséquences corporelles, en particulier sur le réseau veineux ou sur les voies respiratoires, la difficulté de cesser, voire dans certains cas de simplement diminuer les doses, a annulé dans les esprits le progrès de la mise sur le marché de cette molécule en 1996. L'utilisation de la voie veineuse s'inscrit dans des carrières de toxicomanies où si la BHD a permis de pallier le manque physique de l'héroïne, aucune réponse fructueuse n'a été mise en place<sup>52</sup> pour réduire les risques de ce type de

---

<sup>50</sup> Escots S., Fahet G., *Usages non substitutifs de la buprénorphine Haut Dosage*, Graphiti CIRDD/ORSMIP/OFDT TREND, Août 2004.

<sup>51</sup> Nous verrons plus loin que c'est la forme Subutex® et non pas générique qui est le plus soumis au détournement pour diverses raisons galéniques et symboliques et qui s'inscrit de ce fait dans ce cadre d'analyse.

<sup>52</sup> À l'exception de la diffusion du Stérifilt®

consommation, soit par l'arrêt de l'injection soit par un médicament de substitution aux opiacés injectables.

### **Trafic**

Depuis le cadrage de la CPAM de 2004, le marché parallèle concernant la BHD s'est réorganisé avec toutefois une accessibilité moindre à Toulouse que dans d'autres villes. Un exemple significatif, le prix dans la rue du 8 mg ne se négocie jamais en dessous de 5 euros, avec un prix habituel à 8 euros, même si parfois les prix peuvent grimper à 12 euros. La plaquette se négocie entre 20 et 30 euros. Notons que tous les ans des périodes plus ou moins longues de manque de disponibilité de la BHD sur le marché parallèle créent la panique pour des usagers comme pour des patients.

Selon les observateurs et les usagers, les « mules » ont remplacé la « tournée des médecins » et le « manque » de disponibilité ne s'est pas fait ressentir. Si le nombre de patients ayant une dose moyenne de BHD délivrée supérieure à 32mg/jour a nettement diminué depuis 2004, atteignant les alentours de 1%, le nombre de personnes sous traitement BHD en Haute-Garonne a sensiblement augmenté<sup>53</sup>. Sans faire de corrélations directes entre ces deux constats, car d'autres facteurs comme la mobilité des personnes ou l'augmentation d'initialisations de prise en charge sont à envisager, les tendances convergent.

Dans la dynamique du rééquilibrage BHD/Méthadone, quelques cas de patients passés sous méthadone peuvent bénéficier de prescriptions concomitantes de BHD. Idem pour des patients non dépendants ou des patients qui re-consomment de l'héroïne en produit principal et qui revendent une partie de leur prescription. Entre trafic organisé de masse et solidarité, la réalité semble se situer dans l'entre-deux. Le « business » existe mais sous une autre forme plus diffuse, moins visible, mais toujours aussi efficace que durant la période de 1996 à 2005.

Dans le cadre d'un traitement, ou via le marché parallèle, la BHD et plus particulièrement le Subutex® est toujours disponible et injectée. Dans l'observation des évolutions de tendance, la stabilité de ce phénomène est remarquable quand on la met en parallèle avec l'action importante des services de soins pour faire diminuer les usages non conformes et l'usage non-substitutif depuis plusieurs années.

Dans tous les cas, ce trafic a pour conséquence que des personnes ayant consommé la BHD via le marché parallèle de rue, sans prescription médicale, rencontre le dispositif pour initialiser des prescriptions.

Entre formalisation d'une auto-substitution préexistante et usages de drogues remboursés par la CPAM, la posture thérapeutique se doit d'être souple. Ce type de prescription permet de la construction d'un lien avec des populations n'ayant pas clairement construit une demande de soins. Autrement dit, la disponibilité de cette molécule via ce réseau est une forme d'accès « bas seuil » qui, par des chemins peu orthodoxes, permettent à certains d'accéder au soin.

### **Modalités d'usage**

En croisant les discours des différents informateurs du champ sanitaire spécialisé<sup>54</sup>, il apparaît que le nombre de personnes utilisant la voie veineuse et le Subutex® se situe entre 20 et 45% de l'ensemble des personnes ayant une prescription. Une pharmacienne du réseau remarque que les demandes de matériels stériles, gratuits ou non, ne concernent qu'une petite part de cette population injectrice. Interrogée sur le profil des personnes qui ne demandent pas, cette

<sup>53</sup> Données CPAM présentée lors du comité de suivi de substitution de la Haute Garonne de mars 2008

<sup>54</sup> Ces informations ne sont pas exhaustives et ne représentent pas la perception de l'ensemble des acteurs de ce champ, elles correspondent aux discours de nos informateurs.

informatrice constate que ce sont paradoxalement les personnes les plus insérées, ayant des pratiques d'injections anciennes qui réutilisent le matériel à de multiples reprises. Même si on peut penser que de nombreuses précautions sont prises par ces « experts », il semble que le discours de la réduction des risques n'atteint pas ces populations. Notons que les investigations ethnographiques font le même constat sur ce point, tout produit confondu.

Parallèlement, si pour une part des usagers par la voie veineuse, les protocoles méthadone sont « *de bonnes alternatives* », si pour d'autres, des arrêts spontanés de la pratique d'injection sont relevés, les observateurs indiquent comme en 2007 que les problèmes du à l'injection de la BHD et du Subutex® en particulier perdurent. Notons que ce ne sont pas seulement des personnes ayant de vieilles pratiques d'injection. Des usagers ayant adopté l'usage par voie veineuse, il y a peu de temps, sont aussi concernés. Abcès, « mains de Popeye » ne sont pas de nouveaux maux en lien avec l'injection de Subutex®, toutefois, les descriptions récurrentes de nouveaux cas montrent que ce problème se chronicise pour les « usagers/patients »<sup>55</sup> de BHD par voie veineuse.

Si les politiques de substitution avaient négligé dès 1996 les mésusages ou les usages non-substitutifs par la voie veineuse, elles avaient encore plus sous-estimé les conséquences à long terme de ce phénomène. Après dix ans de consommation par voie veineuse, et malgré la mise en place de solutions comme le Stérifilt®, ainsi que le travail des équipes de réduction des risques, la BHD, molécule non injectable qui a pour objectif de réduire les risques des toxicomanes, cause encore et toujours les mêmes dommages.

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

## **Les évolutions concernant la BHD et le Subutex®**

Hors cadre thérapeutique le BHD générique est rarement évoqué. Le Subutex® à l'inverse du fait des représentations qui lui sont allouées, de son histoire et de sa galénique est perçu pour une part de ces usagers, hors cadre thérapeutique, comme un objet de défonce, une molécule qui pallie le manque ou comme un psychotrope efficace dans la modification des états de conscience.

Les conséquences de l'utilisation de la buprénorphine haut dosage en dehors du cadre des Traitements de Substitution aux Opiacés sont les premiers problèmes soulevés par les acteurs de la réduction des risques de l'espace urbain. Cette quantification empirique mériterait d'être randomisée, car cette récurrence interroge les observateurs chaque année.

Les investigations repèrent de nouveaux profils de « primo dépendants de BHD »<sup>56</sup>. Cette primo-dépendance est souvent décrite pour des populations en forte vulnérabilité sociale. Le cas suivant est un contre-exemple. Cet usager, rencontré via l'ethnographie, est un jeune travailleur de 25 ans ayant une position sociale confortable et ne s'inscrivant pas dans une affiliation alternative :

*« Je fumais du cannabis depuis longtemps. Un jour, je me suis mis un Subutex® sous la langue, je n'avais jamais pris d'héroïne, de cocaïne ou de LSD. Mais je voulais savoir ce que ça faisait et ça m'a plu. Je n'ai pas été malade, j'ai plané toute la nuit, on a*

<sup>55</sup> Nous utilisons ce terme pour inclure les patients en situation de substitution par la BHD et les usages de BHD comme une drogue

<sup>56</sup> Escots S., Fahet G., *Usages non substitutifs de la buprénorphine Haut Dosage*, Graphiti CIRDD/ORSMIP/OFTD TREND, Août 2004.



*tcharé, c'était cool, on avait de la musique cool. Moi le Sub, j'ai découvert un truc super. En plus, je ne suis pas allé voir un toubib, je ne suis pas allé dans la rue, c'est un pote qui m'a fourni quasiment tout le temps ».*

Cette première expérimentation entre pairs est semblable aux formes de socialisation connues pour d'autres drogues dites « plus classiques ». Dans ce cas, la dimension sociale enlève les facteurs de protection à l'expérimentation alors que la dimension pharmacologique modifie favorablement l'état de conscience. Ainsi au-delà d'un usage substitutif, thérapeutique ou non, il apparaît encore ici qu'un contexte favorable démystifie le Subutex® lui donnant un statut de drogues comme les autres.

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

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

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

Depuis plusieurs années déjà, on note une volonté de rééquilibrage du nombre de prescriptions entre BHD et méthadone pour le traitement de la dépendance aux opiacés.

Ces dernières années, les observateurs de l'espace urbain constatent que le « deal » correspond plus « à du dépannage » qu'à un marché parallèle structuré. Il est clair que le marché parallèle de la méthadone n'est pas comparable à celui du Subutex®.

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

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

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

### **Trafic**

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

Pour cette actrice de la réduction des risques, « on est dans du dépannage, mais il y quand même une forte demande ». Loin des niveaux de diffusion de la BHD sur le marché parallèle, la méthadone est le premier produit recherché en cas de manque d'héroïne. À 15 euros, la

fiolle seulement peu importe le dosage, à peine le double d'un comprimé de Subutex®, il semble évident que la logique de trafic organisé puisse être écartée au profit de situations d'entraides rémunérées ou de troc. Le groupe focal répressif relève des cas à la marge de personnes ayant un stock important de flacons de méthadone.

### **Les évolutions concernant les usages de Méthadone**

L'évolution à la hausse du nombre de patients inclus dans des protocoles méthadone augmente l'alimentation d'un marché de rue. Si concernant le Subutex® une structuration complexe est en place sur le site<sup>57</sup>, concernant la méthadone, le « marché de rue » est réservé majoritairement à des patients en difficulté momentanée avec leur traitement.

Toutefois, la hausse de cet accès « bas seuil » rend disponible cette molécule pour des personnes dépendantes aux opiacés qui cherchent une alternative à l'héroïne ou à la BHD, soit en autosubstitution, soit dans une amorce de démarche thérapeutique. Ce phénomène est tel, que la réflexion autour de la mise en place d'un dispositif de délivrance de « méthadone à bas seuil d'exigence » est en cours à Toulouse.

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

Les sulfates de morphine sont des molécules agonistes opioïdes purs des récepteurs opiacés disposant d'une AMM pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits analgésiques. Il est disponible sous une forme de spécialités à action brève (Actiskenan®) et sous forme de spécialités à action prolongée (Moscontin LP® et Skenan®). Bien que ne disposant pas d'AMM pour cette indication, les présentations d'action prolongée sont parfois utilisées comme traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés, conformément à la note de la Direction générale de la Santé (DGS) de juin 1996. Toutefois, le médecin prescripteur doit au préalable obtenir l'accord du médecin-conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). En France, ces médicaments sont classés comme stupéfiants.

Comme traitement substitutif, le sulfate de morphine bénéficie auprès des patients d'une image favorable en raison de ses effets proches de ceux de l'héroïne.

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

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

Certains jeunes injecteurs de Subutex® se tournent aussi vers le Skénan® pour avoir un « *vrai effet* » et par peur des problèmes veineux engendrés par le Subutex®.

Sur le site de Toulouse, la proportion entre ces groupes de population penche nettement du côté des personnes les plus âgées ayant souvent eu une expérience avec cette molécule, même si les investigations repèrent quelques jeunes en errance concernés par le phénomène.

---

<sup>57</sup> C.f. Rapport de site de Toulouse 2008 p.49, Suderie G., Baboulène N., Fournier, 2009 Op.cit.

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

## **Évolutions : La hausse de la visibilité de l'usage de sulfate de morphine dans des populations précarisées.**

### **Hausse de la visibilité**

Le sulfate de morphine est une molécule qui a toujours été peu diffusée sur le site. Particulièrement utilisés par des personnes en traitement méthadone, qu'ils soient jeunes ou « *vieux* », les sulfates de morphine sont associés quasi exclusivement à des usages de cocaïne. Depuis 2007 les investigations recensent une hausse sensible des citations de cette molécule. Soit pour des usages opportunistes, soit pour des usages réguliers, l'accessibilité à cette substance est complexe.

Pour cet observateur, « *les approvisionnements du marché de rue sont issus de personnes soignées pour des douleurs, j'en connais qui détournent son protocole alors qu'il est soigné pour une tumeur (...) soit par de gens qui voyagent* ». Le détournement de traitements contre la douleur, associé à des importations d'un peu partout en France<sup>58</sup> constitue les deux principales filières d'approvisionnement d'un petit marché de rue.

Pour cet acteur de la réduction des risques, « *le skénan® on en voit de plus en plus, sur la gare notamment, les gens ne savent pas comment l'utiliser, la plupart le chauffe, jusqu'à ce qu'on en parle avec eux, qu'on distribue la plaquette, et là effectivement il y a une modification dans la pratique, mais à la base, certainement par habitude, il le chauffe* ».

Perçu comme la « *drogue parfaite* » par les usagers d'opiacés, le Skenan® est consommé en majorité par des injecteurs, mais pas seulement. Des usagers par voie orale peuvent utiliser les sulfates de morphine de manière exceptionnelle, de manière régulière ou comme TSO.

En raison de cette idéalisation, les discours de réduction des risques sont parfois éludés par les usagers. Pour un autre observateur « *tu as un cas d'une personne qui va glisser dans ces pratiques aussi, qui va à moment donné le préparer de façon moins efficace, qui va se boucher les veines beaucoup plus, et qui va en parler parce qu'à force de faire des abcès. Il va se dire qu'est-ce que c'est qui se passe qui fait que... Après tu as les gens qui sont super au courant, qui savent déjà, qui chauffent l'eau, qui écrasent les microbilles avant, qui font ça plutôt bien avec des Stérifilt®, il y a de toutes les pratiques...* ». Si les sulfates de morphine sont peu disponibles sur le site, les usages sont de plus en plus visibles. Dans cette tendance, il apparaît important que les discours de réduction des risques et des dispositifs sanitaires ouvrent à nouveau le débat sur l'utilisation de ces molécules, car souvent elles sont des alternatives crédibles aux problèmes en lien avec l'utilisation des MSO ayant une AMM.

---

<sup>58</sup> Paris, Montpellier ou Limoges sont les trois villes citées par les informateurs clés

## **Un Traitement de Substitution des Opiacés.**

Le Subutex® et la méthadone sont les seuls Médicaments de Substitution aux Opiacés ayant reçu en France une Autorisation de Mise sur le Marché pour le traitement des dépendances aux opiacés.

Dans les faits, les traitements de substitution aux opiacés ont un objectif, le sevrage, qui se construit au travers d'une logique de diminution des doses d'opiacés au fil du temps. Les observations sur le site indiquent que cette utilisation d'opiacés existe aussi avec les sulfates de morphine, mais bien évidemment en dehors des cadres thérapeutiques.

La hausse de la diffusion des sulfates sur le marché de rue génère une réelle disponibilité de Skénan® utilisé dans de multiples fonctions. Si la plupart du temps, ces usages sont semblables à des usages de drogues classiques, des cas d'usages substitutifs existent aussi. Ces bricolages de traitement hors de tout contrôle médical sont à l'origine de réussite ou d'échec. L'arrêt des protocoles expérimentaux de délivrance de sulfates de morphine de la CPAM modifie la donne. En effet, les personnes incluses dans ces protocoles depuis plusieurs années sont en grandes difficultés pour réinitialiser des protocoles de substitution plus traditionnels. Notons que ces cas concernent très peu de personnes sur le site.

### **À noter**

Le « filtre toupie » n'est pas adopté par les usagers, car il s'adapterait mal aux pratiques des consommateurs. Les seringues 2cc sont distribuées pour le Skénan® parce qu'elles optimisent la dilution.

## **Les dérivés codéinés**

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

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

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

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

Les observateurs de l'espace urbain notent le « *retour du Néo-Codion®* ». En effet, depuis la mise en place des traitements de substitution aux opiacés au milieu des années 90, la consommation de Néo-Codion® avait fortement chuté.

De nombreux observateurs de l'espace urbain indiquent la présence plus importante de ce médicament.

Cette évolution peut être mise en parallèle avec la hausse des consommations d'héroïne sur le site pour une part de population hors des dispositifs d'accès au soin.

Au-delà de l'homologie entre dealer et médecin de cette usagère d'héroïne, il semble évident que le Néo-Codion® est une solution facile d'accès qui pallie sur une courte durée le manque des usagers d'héroïne. En ce sens, on peut penser comme le responsable d'observation urbain que « *si le Néocodion revient, ça veut dire qu'il y a à nouveau de l'héro* ».

### **Opium-Rachacha**

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

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



## **Les stimulants**

---





Depuis la seconde moitié des années quatre-vingt-dix, la disponibilité des substances stimulantes ne cesse de s'élargir en France. Si l'on peut estimer aujourd'hui que l'ecstasy a atteint une phase plateau, qui en fait, dans l'espace festif une substance désormais banalisée, la cocaïne, en revanche, possède une marge de progression encore importante, tant dans l'espace urbain que dans l'espace festif. En effet, la réorientation d'une partie de l'offre venue des pays producteurs (Colombie, Bolivie, Pérou) en direction de l'Europe, explique que cette offre est de plus en plus abondante. Il en résulte une diminution des prix, favorisant l'accès à des couches de plus en plus larges de la population. À cet accroissement de la disponibilité répond une forte demande. Cette substance peut répondre à différentes fonctions festives et de performance via des modalités d'usage variées. Si l'ecstasy du fait de ses conséquences comportementales voit son utilisation restreinte dans des contextes spécifiques, la cocaïne peut être utilisée hors contexte festif. Notons aussi que les dépendances et toxicomanies associées sont assez différentes de celles des opiacés.

## **Cocaïne et le Crack**

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

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

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

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

Enfin, entre 2000 et 2010, on assiste à une accélération de la diffusion de la cocaïne, avec un taux d'usage au cours de l'année multiplié par 2 ou 3 selon les populations considérées. Le nombre de personnes ayant consommé de la cocaïne en 2010 est estimé à 250 000 personnes, effectif qui reste modéré si on le met en perspective avec le cannabis qui a une prévalence quinze fois supérieure (3,9M) sur le même indicateur<sup>59</sup>.

### **Situation sur le site**

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

---

<sup>59</sup> Drogues, Chiffres clés 3<sup>e</sup> édition, OFDT, Juin 2010

Si la disponibilité de la cocaïne n'est pas comparable à celle du cannabis, dans l'espace urbain comme dans les différents espaces festifs (alternatif, festival, commercial), elle est citée très régulièrement lors de l'observation des scènes investiguées, même si parfois son accessibilité est discutée.

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

Dans l'espace urbain, un prix relativement haut minimise son accessibilité. Les opiacés et d'autres psychostimulants, moins chers, sont privilégiés réservant la cocaïne à des consommations d'opportunité. Toutefois, que ce soit les « jeunes en errance » ou « les anciens héroïnomanes substitués », tous consomment ou ont consommé de la cocaïne.

Dans les espaces festifs, cette molécule conserve son image positive. C'est un produit considéré comme festif et non dangereux. Il valorise son utilisateur par opposition à d'autres produits. Les publics consommateurs de cocaïne sont des trentenaires, issus de l'espace festif alternatif en grande majorité, mais aussi des publics favorisés fréquentant des établissements dits « sélects ». Des usages plus ponctuels sont aussi repérés chez les étudiants, et les jeunes travailleurs. Ces populations, qui doivent être opérationnelles les lendemains de fête, privilégient cette molécule pour des raisons pratiques, mais aussi dans un processus de distinction. La consommation de cocaïne deviendrait alors un marqueur social puissant.

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

Cette diffusion continue dans le temps sur le site élargit le spectre des publics concernés. Les milieux aisés, les polytoxicomanes précarisés, les populations aux revenus moyens, les populations plus jeunes et défavorisées sont concernés. Au-delà de la prévalence d'usage que le dispositif TREND a du mal à évaluer particulièrement pour les populations cachées, ce sont les caractéristiques socioculturelles et économiques hétérogènes des usagers qui marquent les investigations de ces dernières années.

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

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

### **Cocaïne et problèmes<sup>60</sup>**

Un regard rétrospectif sur les évolutions des carrières des consommateurs de cocaïne permet de mieux appréhender la dynamique particulière de la cocaïne sur le long terme. Si pour la plupart l'usage en contexte festif prédomine toujours, nombre de nos informateurs insérés passent par différentes phases où les usages s'accroissent, deviennent compulsifs, avec parfois des pertes de contrôle de la consommation. Selon les modalités d'usage conditionnant les quantités consommées, les difficultés financières semblent être le levier de contrôle qui permet l'autorégulation.

Notons que pour ces populations, des dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage abusif ou chronique de cocaïne sont clairement repérés. L'autogestion des problèmes, quels qu'ils soient, est toujours privilégiée au recours vers les dispositifs de soins médicaux et sociaux.

---

<sup>60</sup> Sur ce point Cf. Escots S., Suderie G. *Usages problématiques de cocaïne/crack, quelles interventions pour quelles demandes ?*, OFDT/ORSMIP, Tendances n°68, 2009

Polyconsommateurs, usagers festifs, usagers compulsifs, tous les profils sont à l'origine des demandes de soins plus ou moins formelles décrites par les dispositifs, sachant que les monoconsommateurs de cocaïne sont rarement repérés.

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

Si on met en perspective l'évolution des consommations et le nombre de patients pris en charge pour des problèmes en lien avec la cocaïne, le compte n'y ait pas. Le manque de réponses clairement établies, une représentation d'un produit « contrôlable », les problématiques des opiacés qui cristallisent le regard des acteurs de soins sont autant d'éléments qui rendent difficiles les rencontres entre acteurs de prise en charge et usagers à problèmes.

## **Évolutions : Cocaïne, Crack, Free base, des représentations à l'épreuve d'un nouveau marché**

### **Une diffusion stagnante dans les populations observées**

Depuis le début des années 2000, les usages de **cocaïne** progressent. D'abord chez les usagers de drogues polyconsommateurs, puis dans des populations aux caractéristiques sociales spécifiques, en 2009, en Midi-Pyrénées, 4% des jeunes de 17 ans déclarent l'expérimenter<sup>61</sup>. La diffusion de l'usage de ce produit est donc à la fois en progrès, mais toujours contenue à un volume de population faible.

Les investigations de 2009 indiquent un seuil de diffusion stable pour les populations observées. Au centre de toutes les polyconsommations, la cocaïne chlorhydrate est majoritairement un produit d'usage occasionnel pour les populations précaires. Les populations au pouvoir d'achat plus important l'utilisent plus régulièrement dans de multiples fonctions d'usage même si le cadre festif prédomine.

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

### **Toujours consommée, mais absente des dispositifs de prise en charge**

L'absence de demande de soin pour des usagers de cocaïne non concernés par la problématique des opiacés que ce soit pour des troubles somatiques et/ou de dépendances est toujours à souligner. En effet, la difficulté de construire une demande sans réponse clairement déterminée par les dispositifs, ainsi qu'un phénotype de dépendance très différent de celui qui est connu pour les opiacés, avec des périodes d'usages compulsifs et des périodes d'arrêt, mettent en difficulté la prise en charge. Les dispositifs ont de ce fait des difficultés à faire émerger des demandes et à créer du lien sur le moyen terme avec ces usagers à problèmes.

---

<sup>61</sup> Les usages de produits psychoactifs de Midi-Pyrénées, Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées/ORS, Janvier 2010

## La visibilité de la vente de crack dans l'espace public

Les investigations de 2004<sup>62</sup> documentent en détail les usages, les modalités d'accessibilité et les profils de consommateurs de cocaïne base sur le site. Depuis, les rapports TREND suivent l'état du phénomène et particulièrement les évolutions des représentations des usagers de ce produit sous cette forme. De manière générale, l'appellation « free-base » prédomine sur la terminologie « crack » du moins pour les populations que le dispositif TREND observe au travers des espaces déterminés. Les analyses sur les représentations de cette forme de cocaïne ont abouti au constat suivant.

Si le free base est consommé dans des contextes d'usages différents de ceux connus pour le crack en d'autres lieux, les fonctions et les problématiques sanitaires en lien avec l'usage de cocaïne base sont décrites plus ou moins de la même manière. Pour cette actrice de la réduction des risques, « *les usagers de cocaïne base, ce sont des gens qui sont dans des compulsions comme les crackers* ». Le crack et le free base sont un même produit donc de fait ils génèrent les mêmes problèmes. Seuls les déterminants sociaux des usagers créent une ligne de césure pour les observateurs. Pour cette médecin, « *des crackers, des vrais on en a pas* ».

Quoi qu'il en soit, la présence de cocaïne base, peu importe son nom, est réelle depuis longtemps sur le site. La seule différence entre Toulouse et la Martinique ou la célèbre rue Myrha dans le 18<sup>e</sup> arrondissement de Paris, c'est le niveau d'accessibilité.

À Toulouse, baser sa cocaïne nécessite d'avoir accès à du chlorydrate de « qualité » vendu au minimum plus de 60 euros le gramme. Sachant qu'avec un gramme, la session d'usage via la base va être courte, l'usage de free base nécessite un investissement de plusieurs centaines d'euros. Ces conditions d'accès limitent les usages à la différence d'autres lieux en France où la vente de galette ou de caillou permet même aux pauvres de consommer de la cocaïne base. En effet, à Paris 30 euros permet d'acheter une galette pour 3 à 6 prises et 5 euros, d'acheter un caillou pour une prise.

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

« *Je rencontre J., martiniquais, qui vend du Crack place B. et ça marche. Différentes informations laissent penser que la communauté africaine de la rue de la R. a aussi importé les usages de crack et ses codes culturels en revendant à d'autres populations des bouts (cailloux et galettes) de Crack.* »

Si on est loin d'une diffusion massive, l'apparition dans l'espace public de vente de crack est un phénomène nouveau. Deux observations très documentées corroborent le phénomène indiquant par la même une mise à disposition de cocaïne base au détail (pour 5 euros on peut repartir avec une pipe). Les personnes les plus précaires, usagères de cocaïne base opportunistes, qui considèrent, pour l'heure, la cocaïne base et le crack comme des drogues différentes, sont des populations vulnérables à la diffusion du crack. En effet, ce qui régule leurs usages de cocaïne base est la difficulté de réunir assez d'argent pour se procurer du chlorydrate de qualité. Avec ces nouveaux revendeurs, le problème disparaît puisqu'avec 5 euros on peut avoir un caillou.

Cette visibilité de crack peut à court terme recomposer des représentations portées sur le crack et être à l'origine de la création d'un nouveau marché de vente de cocaïne base/crack dans l'espace public. Preuve en est, voici un extrait d'entretien, rapporté par la responsable d'observation de l'espace festif :

---

<sup>62</sup> Escots S., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004, Tendances récentes et nouvelles drogues sur le site de Toulouse, Graphiti/OFDI.

*« Informatrice: Bé, il y en a quand tu leur ramènes du crack, ils ne vont pas cracher dessus ! Ils savent que c'est pas bien, c'est pas bon... moi j'en ai déjà goûté du crack, et c'était pareil !*

*Enquêtrice: Ouais, donc c'est une personne qui l'a préparé devant toi, hé non, elle peut pas puisque c'est déjà préparé quand tu l'achètes, donc c'est une personne qui arrive et qui te dit qu'elle a chopé du crack, et par exemple comme il y a pas de C pour baser, on prend du crack*

*I : Ouais ! Ouais !.... Bon après c'est un milieu, le crack ! Moi, j'en ai fumé un peu une fois, par un réunionnais, c'est les blacks ça. Dans mon quartier, il doit y avoir plein du crack. Je ne connais pas trop les blacks et tout ça mais eux, c'est la beuh et le crack, et il doit y avoir plein dans mon quartier du crack. Et c'est par un réunionnais, comme ça un soir, allez hop, il avait un petit truc de rien du tout, on a voulu goûté et voilà quoi.*

*E: Et c'est comme là que tu as su que dans l'effet, c'est kif kif qu'avec la base ?*

*I : Pareil ! Franchement, même moi, j'étais là « boah ! »*

*E : Ca t'as étonné ?*

*I : Bé Ouais ! je m'attendais à un truc ! on m'avait dit tu vois « Ho la la la la » hé non ! en fait c'était pareil ! même l'odeur, tout pareil.... C'est juste le temps de la dégradation (...) Après moi, j'en ai pas vu dans mon environnement, parce que je traîne pas avec les gens qui font ça, attend ! c'est... c'est tous les blacks, là ! Les crackers, c'est les blacks ! »*

Il est probable que lorsque les usagers de cocaïne base opportunistes comprendront que la différence entre crack et free base n'est pas fondée, les représentations tomberont. Il est certain alors que pour une part, ils utiliseront le crack pour ses propriétés de cocaïne base du fait d'une accessibilité plus simple. Que les pauvres puissent avoir accès à la cocaïne base va modifier en profondeur les usages de drogues chez les populations précaires et bien évidemment les conséquences sociales et sanitaires. Dans d'autres lieux, les problèmes que le crack a générés sont connus autant que la complexité des réponses à mettre en œuvre.

### **Le crack à Toulouse**

Si sa visibilité dans l'espace public est un phénomène nouveau sur le site, l'usage de cocaïne base nommée « crack » n'est pas récent à Toulouse. Les observations TREND de 2009 indiquent que des consommations de crack sont décrites par des personnes appartenant à la communauté afro-antillaise. Les outils utilisés par le dispositif TREND n'ont jamais permis de décrire ce phénomène jusqu'alors. En effet, les investigations ethnographiques ont été orientées vers ces populations au hasard des rencontres avec des informateurs clés des espaces urbain et festif.

Les acteurs des dispositifs spécialisés ont toujours réfuté l'hypothèse de la présence de crack sur le site. D'ailleurs, ce n'est qu'au travers d'une question sur la mise en place de nouveaux outils de réduction des risques qu'apparaît ce thème dans les CAARUD :

*« Enquêteur : Est-ce que vous avez la sensation qu'il y a une demande pour mettre en place de la réduction des risques pour la consommation de cocaïne base?*

*Réponse : On a quand même distribué pas mal de pipes à crack en dix mois.*

*E: Vous appelez cet outil « pipes à crack » ? Les gens viennent et demandent des pipes à crack ?*

*R : Oui, et il y a aussi les embouts.*

*E : Et ce sont des gens qui viennent et qui repartent, ou ce sont des gens qui viennent, qui boivent le café, qui restent un peu avec vous, avec qui vous créez du lien ?*

*R : Oui, ce sont des gens qui restent (...) on a pris le temps de les connaître, ce ne sont pas des gens qui sont dans des compulsions comme les crackers.*

*E : Mais ils prennent des pipes à crack!*

*R : Mais ils prennent des pipes à crack.*

*E : Parce que ça a une utilité pour eux.*

*R : Oui ».*

Par cet exemple, il apparaît qu'une part des usagers de cocaïne base ne font pas ou plus de différence entre free base et crack. Venir chercher des « pipes à crack » signifie que l'on consomme du crack. Pour autant, il est clair que ces personnes ne s'identifient à l'image du « cracker », et de fait ne revendiquent pas cet usage en tant que tel. Souvent polyconsommateurs, dans des niveaux de précarité relatifs, ces consommateurs « basent » leur cocaïne car ils n'appartiennent pas aux réseaux de revente de crack encore trop peu visibles.

Cet exemple montre aussi que lorsqu'un outil de réduction des risques pour l'usage de cocaïne base est visible dans un CAARUD, une demande apparaît.

Dans les CSST, pas de signalement de « cracker ». Pour autant, des polyconsommateurs qui consomment de la cocaïne base sont repérés par ces professionnels du soin. Les représentations de l'usager de crack s'élaborent au travers de la figure sociale classique du cracker « martiniquais » ou « parisien », déformée d'ailleurs pour la cause. Le cracker serait un usager de crack exclusif dans une situation de fortes vulnérabilités sociales, voire psychiques. Cette image structure le repérage ou plutôt le non repérage des usagers de crack.

Si l'usage n'est pas exclusif, que l'usager ne vit pas à la rue, il n'entre pas dans les critères de définition du crack pour les acteurs du champ. Le cracker structure l'image de la « pire des toxicomanies », il est fatal que les usagers en demande des soins ne se présentent en tant que tel, car « la pire des toxicomanies » ne peut faire identité.

Toutefois, actuellement, dans un moment pouvant précéder une potentielle diffusion, les professionnels du secteur spécialisé doivent être vigilants aux moindres indicateurs concernant les usages problématiques de crack pour adapter voire créer des modèles de prises en charge. Cette démarche est nécessaire, car elle permettra aux usagers éloignés des dispositifs d'identifier leurs problèmes et peut être de s'inscrire dans des démarches de soins.

Notons à ce stade que les usagers/revendeurs de crack rencontrés lors des investigations 2009 n'ont jamais eu recours aux dispositifs de réduction des risques ou du soin. Il est probable que l'environnement culturel est un facteur majeur de la méconnaissance des dispositifs<sup>63</sup>.

---

<sup>63</sup> Sur ce point voir : Escots S., Suderie G., Usages problématiques de cocaïne/crack - Quelles interventions pour quelles demandes ? OFDT/ORSMIP Avril 2010

## **Ecstasy/MDMA**

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

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

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

Les prix varient entre 5 et 10 euros pour le comprimé, 10 euros pour la gélule, les poudres se vendent au gramme entre 60 et 80 euros selon les contextes d'achat. Si depuis les années 2000 le prix du comprimé a diminué, ce n'est pas le cas des gélules ou des poudres. Dans l'espace festif alternatif et commercial, des consommations de MDMA sous la forme « cristal » sont repérées. Vendue 60 euros le gramme, comme du « *super MDMA* », cette forme doit être écrasée préalablement pour être sniffée.

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

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

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

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

Les investigations de ces dernières années décrivent une présence irrégulière, particulièrement sous la forme comprimé, lors d'événements festifs électroniques dans les établissements de périphérie mais aussi lors de soirée en zones rurales autour de Toulouse. Si ce produit n'est pas présent de façon automatique lors de toutes les observations ethnographiques, lorsqu'il est présent, la diffusion au sein même de la soirée est importante.

Deux tranches d'âge sont particulièrement concernées. Les moins de 20 ans dans un processus d'appartenance culturelle et les 25/30 ans intégrés dans le milieu de la musique électronique, clubbers ou alternatifs.

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

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

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

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

Dans l'espace festif, les entretiens menés auprès d'usagers de cocaïne ont permis de mettre en évidence une étroite relation entre les usages de MDMA et ceux de cocaïne, ainsi que leur articulation dans la carrière de consommation. La quasi-totalité des usagers de cocaïne non repérés par le dispositif de soins et interrogés durant les investigations a consommé de la MDMA. Souvent nommée « *drogue de la découverte* » par les usagers, car elle se consomme au moment des premières expérimentations de drogues dites « dures ». Cette molécule est le produit de la « vingtaine ». La cocaïne, arrivant plus tard dans le parcours de ce type d'usager, vient dans un premier temps se superposer aux usages de MDMA.

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

Si la MDMA est considérée quasi-exclusivement du côté de la fête, du fait d'effets comportementaux particuliers et longs, la cocaïne peut correspondre à différentes fonctions et contextes d'usage. Le phénomène de *craving*, l'accoutumance ainsi que le niveau de diffusion rendent vulnérables ces usagers aux transformations d'usages festifs à des usages réguliers, phénomènes peu décrits avec la MDMA. Autrement dit, une expérience singulière avec la cocaïne, différente de celle avec le MDMA, est au centre de la modification des typologies d'usages. L'initialisation des usages de cocaïne pour faire la fête à la place de la MDMA jugée trop contraignante, banalise la consommation du produit *cocaïne*. Dans ce cadre, des populations plus vulnérables peuvent entrer dans des carrières de dépendance avec la cocaïne qu'elles n'auraient pas connues avec la MDMA, du fait de sa fonction quasi-exclusivement festive.

## **Évolutions : L'absence de MDMA et ses conséquences**

### **Du Cambodge aux soirées toulousaines**

En février 2009, le Guardian, journal quotidien britannique est le premier à rendre public en Europe les destructions de plusieurs tonnes d'huile de Sassafras au Cambodge pendant l'été 2008<sup>64</sup>. Reprise plus tard par différents médias francophones, cette nouvelle passe inaperçue pour la plupart des usagers d'ecstasy. Pourtant, cette information va avoir un impact majeur sur les consommations de drogues de synthèse à Toulouse et sûrement ailleurs. En effet, le Sassafras, ou plus précisément le Saffrole (extrait de l'huile de Sassafras) est un élément essentiel utilisé pour la synthèse de la MDMA.

---

<sup>64</sup> <http://www.guardian.co.uk/environment/2009/feb/25/ecstasy-cambodia>



Sans cette plante, tous les petits chimistes européens et par la même ceux du Sud-Ouest se retrouvent au chômage technique.

La poudre de MDMA<sup>65</sup> apparaît comme indisponible jusqu'à la fin de l'année 2009. Les acteurs du dispositif de réduction des risques qui testent par CCM<sup>66</sup> les produits des espaces festifs alternatifs indiquent « *qu'aucune MDMA testée en 2009, même dans les pseudo-ecstasys, ne contient du MDMA* ». La rapide saturation de l'information indique une réelle pénurie durable durant toute l'année 2009. À l'exception de l'espace festif commercial « sélect » dans lequel la responsable d'observation de l'espace festif indique une réelle disponibilité<sup>67</sup>, toutes les informations corroborent le manque de disponibilité et de fait, une accessibilité impossible. En décembre, des collectes ont été réalisées sur un marché de nouveau actif.

Durant toute l'année, différentes explications mélangeant légende urbaine et bribes d'information sont avancées par les informateurs. Tout d'abord, ce fut le dealer/chimiste qui « *était parti en vacances* », puis ce fut « *des laboratoires clandestins mis à mal par la police* », enfin ce serait « *une huile indienne assez particulière qui est super difficile à trouver parce que maintenant c'est réglementé* ». Au final, notons que personne ne sait vraiment expliquer le phénomène, mais le constat est là, « *pas de MD* ».

Cet épisode indique que le « chimiste » possède un savoir-faire qui lui donne un statut social à part. Personne ne le connaît réellement, c'est toujours la connaissance d'une connaissance. Il n'est pas perçu comme un trafiquant de drogue appartenant à un réseau, mais comme un artisan rendant service à la communauté. Cette représentation est l'un des facteurs qui construisent la ligne de césure entre la perception « des drogues de la fête », caricaturalement les drogues de synthèse, mais aussi les plantes hallucinogènes et « les drogues de la toxicomanie » l'héroïne, la cocaïne, la mafia et les cartels.

## **2CB, amphétamines et mCPP**

À l'énoncé des produits qui circulent dans les espaces festifs, il est évident que l'absence de MDMA recombine les usages de molécules stimulantes. Si le « *MD* » disparaît, ce n'est pas le cas des contextes et des fonctions d'usages habituels de cette molécule. De ce fait, ces usagers doivent trouver des substituts. Une présence remarquée de 2CB au printemps et au début de l'été en est le premier exemple. En effet, cette molécule, plutôt rare sur le site habituellement, est décrite dans différents relevés ethnographiques de l'espace festif. La collecte de ce produit pour l'enquête SINTES observation a été relativement simple, preuve que la disponibilité était plus forte qu'à l'accoutumée, du moins durant les six premiers mois de 2009.

De même, les déclarations d'usage de *speed* sont récurrentes et particulièrement pour des populations qui connaissaient déjà ce produit. Plutôt dénigrées habituellement, les amphétamines ont été durant l'année 2009 les principaux substituts à la pénurie de MDMA sous forme poudre. La consommation de cocaïne a pu aussi remplacer les consommations de MDMA poudre, même si les investigations n'arrivent pas à quantifier ce phénomène.

---

<sup>65</sup> la MDMA (Méthylène-dioxy-3,4-méthamphétamine) combine à la fois des effets stimulants et des effets hallucinogènes. Appelée ecstasy sous sa forme comprimé, cette molécule prend le nom de MDMA sous la forme poudre ou la forme gélule.

<sup>66</sup> La chromatographie sur couche mince ou chromatographie planaire (CCM, en anglais TLC pour *Thin layer chromatography*) est une technique de Chromatographie couramment utilisée pour séparer des composants dans un but d'analyse (CCM analytique) ou de purification (CCM préparative).

<sup>67</sup> Notons qu'aucune analyse n'a permis de décrire les compositions de ces échantillons consommés et de fait de vérifier s'ils contiennent du MDMA

En ce qui concerne les comprimés les choses diffèrent. En effet, les ecstasys sont disponibles, voire très disponibles, selon les périodes. Les analyses du dispositif SINTES et de la réduction des risques dans l'espace festif indiquent que les comprimés nommés « ecstasys » contiennent de manière systématique du mCPP<sup>68</sup>.

Dès 2005, les investigations TREND faisaient état de la présence de cette molécule dans des comprimés d'ecstasy. L'analyse par le dispositif SINTES de deux produits ayant généré des effets inhabituels à des usagers réguliers de MDMA, avait révélé la présence de mCPP dans un des échantillons. Selon la description qui en est donnée, le mCPP a des effets stimulants et hallucinogènes similaires à ceux de l'ecstasy contenant du MDMA. En 2008, les investigations indiquaient que la présence de mCPP dans les ecstasys se développait. En 2009, le manque de disponibilité de MDMA généralise le phénomène. Les comprimés contenant de la mCPP ressemblent traits pour traits aux comprimés d'ecstasy et sont toujours vendus pour de l'ecstasy. Par exemple, les « Mitsubishi » de 2009 composés essentiellement de mCPP sont quasiment identiques du moins par l'aspect aux « Mitsubishi » des autres années contenant de la MDMA. Pour autant cette année pas de MDMA à l'intérieur.



Ecstasy nommée Mitsubishi collectée sur le site de Toulouse en 2009 contenant du mCPP

Au-delà de « l'arnaque », cette substitution a des conséquences pour les consommateurs. Pour cet usager « *les sensibles aux hallucinations peuvent faire des bads trips* ». Un acteur de la réduction des risques résume assez bien les deux perceptions de ces « nouvelles » ecstasys. « *Pour certains c'est un problème parce qu'ils ont des maux de ventres, des maux de tête, voire des crises de panique et alors que d'autres disent « J'ai essayé et j'aime bien »* ». Pour les usagers, particulièrement les habitués du MDMA, l'arnaque est découverte même si cela ne les détourne pas de l'usage de ce produit. Certains s'accommodent de cette nouvelle forme d'ecstasy, d'autres utilisent d'autres stimulants. Plus de recul sera nécessaire pour connaître l'impact de cette pénurie sur la modification du marché et des usages de stimulants en général.

Toutefois, il est exact de dire que la tendance remarquée il y a deux ans consistant à rechercher des molécules plus confidentielles, souvent non classées stupéfiants, s'amplifie du fait de l'absence de MDMA sur le site.

---

<sup>68</sup> Voir note du dispositif SINTES m-chlorophénylpipérazine (mCPP) augmentation de la diffusion, Note d'information du 29 avril 2009

## 10 ans d'usage de drogues de synthèse

Les dommages en lien avec les usages de drogues se sont toujours articulés autour de deux questions : la dépendance et la toxicité immédiate. De manière générale concernant les drogues de synthèse, les contextes et les fonctions d'usage ont cantonné ses usages à des moments festifs évitant en partie l'usage chronique. D'autant plus qu'au travers de la polyconsommation, ce ne sont pas ces molécules qui sont utilisées pour modifier les états de conscience du quotidien. Dix années d'observation de l'usage d'ecstasy<sup>69</sup> ont permis de décrire les usages, les représentations, les dommages de la consommation de cette molécule.

À la marge des investigations de 2009, une informatrice clé qui participe au dispositif depuis le début constate des troubles en lien avec l'usage répété de cette molécule sur le long terme. Pour cette informatrice, *« ils ont le cerveau qui bugue complètement. Ils ont tous fait des teufs ces gens-là (...) Par exemple cette fille, elle me racontait qu'à un moment, elle était très fatiguée, et elle a eu, tu sais le syndrome du poisson dans Némó. Pendant une heure, ils lui demandaient "tu vas bien", "oui ça va", et au bout d'une minute, elle avait déjà oublié de quoi elle parlait avant, et ça pendant une heure. En fait, ces gens que j'ai rencontrés, ce sont des vieux clubbers, ils y vont pour la musique, mais ils y vont quand même surtout pour les prods. Je pense qu'ils prennent des tazes et du MD. Donc la fille, à la soirée, elle me dit qu'elle était beaucoup plus fatiguée qu'avant, qu'elle prend des tazes et pendant une heure, toutes les minutes, elle oubliait ce qui venait de se passer avant. Son cerveau a bugué complet, (...) ce n'est pas la première fois que je vois des gens comme ça. »*

Ce cas ne constitue pas une généralité. Toutefois, des cas de perte de mémoire momentanée, de dépression, de « pétage de plombs » semblent être de plus en plus décrits chez des personnes ayant de longues carrières d'usage. Investiguer cette question de manière approfondie permettrait d'ajuster un discours de prévention, centré aujourd'hui principalement sur le versant de la réduction de risques. Si dans le début des années 2000, on ne connaissait pas les effets à long terme, en 2010, il apparaît comme primordial d'approfondir la connaissance sur ce point.

---

<sup>69</sup> Girard G., Boshier G. L'ecstasy, de l'engouement à la « ringardisation » in Les usages de drogues illicites en France depuis 1999, vus au travers du dispositif TREND, OFDT, Paris, 2010 pp 96-105

## Pipérazines

L'OEDT<sup>70</sup> souligne que ces dernières années, la nouveauté la plus importante en ce qui concerne les nouvelles substances psychoactives est la diffusion de nouveaux dérivés de la pipérazine dont un certain nombre sont apparus en Europe entre 2004 et 2006.

Sur le site après l'apparition de la mCPP en 2005, vendue en tant qu'ecstasy, le benzylpipérazine (BZP) a fait son apparition en fin d'année 2006.

Ce groupe de substances de synthèse est dérivé du composé pipérazine d'origine et comprend la BZP (1-benzylpipérazine) et la mCPP (1-(3-chlorophényl) pipérazine) mais aussi du TFMPP (trifluorométhylphénylpipérazine) en association avec la BZP.

Ce chapitre se centrera particulièrement sur le BZP car les molécules de mCPP (décrit dans le chapitre MDMA/ecstasy de ce rapport), et de TFMPP ne sont pas utilisées et pensées comme des drogues. En effet, ce sont des produits de « coupes » voir de potentialisation des effets, mais en aucun cas, ces molécules n'ont pas le même statut dans la cosmogonie des usagers.

### La situation sur le site de la BZP

L'apparition sur le site TREND de Toulouse de la benzylpipérazine (BZP) a été l'un des événements marquants de 2006<sup>71</sup>. Localement peu connue à l'époque, que ce soit par les usagers comme par les observateurs, cette molécule est mieux documentée aujourd'hui. L'intérêt des usagers pour ce produit s'inclut dans la mouvance de la recherche de « *drogues légales* ». Le CEIP de Toulouse dans un travail mené avec le dispositif local TREND a étudié cette molécule du côté pharmacologique<sup>72</sup>. La revue de la littérature met en évidence que les effets comportementaux de la BZP s'apparentent à ceux de stimulants amphétaminiques. Cet élément pourrait s'expliquer par son action préférentiellement dopaminergique par rapport à son effet sérotoninergique<sup>73,74</sup>. L'administration aiguë de BZP chez le rat entraîne une hyperactivité locomotrice et des mouvements stéréotypés d'intensité comparable à celles provoquées par la métamphétamine, même si les doses nécessaires sont plus élevées avec la BZP<sup>75</sup>. De plus, chez le rat, bien que de façon moins puissante que pour la métamphétamine, l'administration répétée de BZP entraîne une sensibilisation à ces effets comportementaux, ainsi qu'une sensibilisation croisée à ceux de la métamphétamine. Les différences d'effets entre la BZP et les phénylpipérazines (TFMPP (trifluorométhylphénylpipérazine) et mCPP (chlorophénylpipérazine)) sur la locomotion et les mouvements stéréotypés pourraient s'expliquer par l'action préférentiellement dopaminergique de la BZP par rapport à un effet sérotoninergique<sup>76</sup>.

L'OEDT fait état de témoignages sur les risques que présente la BZP pour la santé, ce produit semblant avoir une marge de sécurité étroite lorsqu'il est utilisé comme drogue récréative. Au Royaume-Uni, des cas d'intoxication à la BZP ont été cliniquement constatés et il a été

<sup>70</sup> Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies <http://www.emcdda.europa.eu>

<sup>71</sup> Suderie G. 2007. Op. Cit.

<sup>72</sup> Poster présenté lors des journées de CEIP de Biarritz en novembre 2007 <http://www.graphiti-cirddmp.org/>

<sup>73</sup> Brennan K., Johnstone A., Fitzmaurice P., Lea R., Schenk R.L., 2007, *Chronic benzylpiperazine (BZP) exposure produces behavioral sensitization and cross-sensitization to methamphetamine (MA)*, Drug and Alcohol dependence, 88: 204-213

<sup>74</sup> Baumann M.H., Clark D., Budzynski A.G., Partilla J.S., Blough B.E., Rothman R.B., 2005, *N-substitute piperazines abused by humans mimic the molecular mechanism of 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, or "Ecstasy")*, Neuropsychopharmacology, 30 : 550-560

<sup>75</sup> Brennan K., Johnstone A., Fitzmaurice P., Lea R., Schenk R.L., 2007, Op. Cit.

<sup>76</sup> Baumann M.H., Clark D., Budzynski A.G., Partilla J.S., Blough B.E., Rothman R.B., 2005, Op. Cit.

toxicologiquement confirmé que la BZP était la seule substance psycho-active consommée et pour laquelle les consommateurs avaient connu de sérieux effets secondaires dont certains avaient nécessité une admission aux urgences médicales. On n'a toutefois pas connaissance de cas mortels directement attribués à la BZP. En mars 2007, l'Union européenne a réagi aux inquiétudes croissantes suscitées par la consommation de BZP en demandant officiellement une évaluation des risques sanitaires et sociaux présentés par cette substance.

Toutefois, des effets indésirables graves du BZP (convulsions apparaissant jusqu'à plus de 8h après son ingestion) ont été rapportés dans la littérature. Des allongements du QTc, et des cas d'hyponatrémie ont également été signalés<sup>77</sup>.

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

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

L'usage du BZP parfois associé à la TFMPP pour ses effets entactogènes, est perçu par les usagers interrogés comme un stimulant légal, ayant a priori peu de conséquences délétères sur la santé.

Pas de vecteur culturel spécifique, pas d'effets clairement définis mais toujours en adéquation avec les effets recherchés générant des discours contradictoires, ainsi que des risques sous-estimés, car méconnus, sont autant d'éléments propices aux processus de diffusion.

## **Évolutions des usages de BZP**

Le classement du BZP a grandement limité sa diffusion sur le site. En effet, ce produit apparaît lors des investigations de 2006. Un échantillon collecté début 2007 par le dispositif SINTES confirme la présence à l'époque de cette nouvelle molécule.

L'absence d'un vecteur culturel commun dissocie cette molécule des processus de diffusions habituels. À la différence d'autres produits émergents associés à des modalités festives alternatives particulières, ou à des pratiques chamaniques acculturées, l'usage du BZP parfois associé à la TFMPP pour ses effets entactogènes, est perçu par les usagers interrogés comme un stimulant intéressant et n'ayant que peu de conséquences délétères sur la santé (« *pas de bad trip* », « *bonne gestion des montées* »...)

Le classement « stupéfiant » en mai 2008 rendant illégal l'achat a réduit l'approvisionnement. C'est d'ailleurs, selon les usagers, un des rares produits disponibles sur Internet malgré son statut illégal. Si le manque de disponibilité a ralenti le phénomène de diffusion, des usages de cette molécule sont encore décrits par les observateurs.

---

<sup>77</sup> Wood D.M., Dargan P.I., Button J., Holt D.W., Ovaska H., Ramsey J., Jones A L., 2007, Collapse, reported seizure-and an unexpected pill, Lancet, 369:1490

## **Amphétamines**

Les amphétamines sont des psychostimulants et anorexigènes puissants, qui se présentent sous forme de poudre à sniffer ou parfois en comprimés. Elles sont le plus souvent appelées *speed*. La consommation des amphétaminiques est essentiellement festive, mais l'amphétamine est également utilisée par certains comme produit dopant ou comme coupe-faim. Utilisée dans un cadre médical par le passé pour diminuer l'appétit, elle n'est plus autorisée à la prescription qu'en cas d'indications très restreintes (et sans rapport avec l'appétit) et uniquement chez l'enfant. L'amphétamine est classée comme stupéfiant en France.

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

Cette molécule est souvent considérée comme « la cocaïne du pauvre ». Le prix du gramme de poudre varie selon la qualité du produit, mais reste stable, en moyenne entre 10 et 30 euros. La baisse des prix de la cocaïne ces dernières années l'a rendu moins visible.

L'amphétamine est très majoritairement sniffée ou ingérée<sup>78</sup>, plus rarement injectée. Dans tous les cas ce produit consommé pour son action stimulante n'est pas vécu comme un produit addictogène. Il aurait l'inconvénient de posséder un goût et une odeur désagréables et surtout de provoquer des descentes abruptes.

## **Méphédronne**

Pour cet acteur de la réduction, « *je pense qu'on commence à voir apparaître de nouvelles molécules, type méphédronne (...) on a des discours du type « j'ai consommé, un pote m'a parlé de molécules, de nouveaux trucs ».* Aucune analyse via les dispositifs de CCM de la réduction des risques ou par les collectes SINTES n'a pu confirmer la réelle présence de cette molécule sur le site.

Les informations concernant la méphédronne n'ont pu être collectées directement avec des usagers par le dispositif TREND local. Pour autant un acteur de la réduction des risques rapporte les effets décrits par les usagers. « *Je n'ai pas beaucoup de cas, mais ceux qui en ont pris, visiblement ça dure longtemps et ça se trouve entre le MD et le LSD, j'ai l'impression, c'est ce qui semble se dessiner ».*

Malgré le « bruit » qu'a suscité ce produit en Europe et en France, le site de Toulouse n'est concerné qu'à la marge par l'utilisation de cette molécule.

---

<sup>78</sup> Ce mode d'usage est appelé « bombe » ou « ballon ». Le *speed* est emballé dans une feuille de papier à cigarette puis ingéré. Les effets apparaissent environ 30 minutes après la prise.

## **Khat**

Le groupe focal répressif indique que des saisies de Khat ont eu lieu :

*« On a eu du khat cette année, le khat arrive, en provenance de Londres ou en provenance de Paris en train. Comme chacun sait, il faut que ce soit consommé vite. Les destinataires sont des populations venant de l'Afrique de l'Est, (...) La difficulté c'est qu'à Londres c'est autorisé et chez nous ça ne l'est pas, donc il y a toute cette difficulté des gens qui arrivent avec ça dans leurs valises, et puis une bonne valise, une valise de 20 kilos (...) c'étaient des gens qui faisaient l'aller-retour, ils venaient amener pour repartir, ce n'étaient pas des gens qui venaient s'installer, ce sont des étudiants à Londres, ou qui venaient de Paris, ou qui venaient d'Allemagne, c'étaient des gens qui étaient chargés d'amener la petite valise de khat (...) il y a une communauté visiblement sur Toulouse et sa région, puisque j'avais le procureur de Montauban qui a eu la même chose il y a deux mois... »*

Le khat est une espèce d'arbuste ou d'arbrisseau de la famille des célastracées, originaire d'Afrique orientale, et dont la culture s'est étendue à la péninsule arabe. Son usage est connu chez les populations de ces régions qui consomment les feuilles pour leurs vertus stimulantes et euphorisantes. Il est classé sur la liste des stupéfiants. Le cadre d'utilisation semble strictement le même que celui décrit par le dispositif de TREND de Rennes en 2008<sup>79</sup>, celui d'une consommation communautaire. Nous retiendrons que le mode d'approvisionnement organisé avec des allers-retours réguliers constitue un élément de preuve d'un réel trafic, artisanal peut-être, mais régulier entre l'Angleterre et Toulouse via la région parisienne. La « fraîcheur » du produit étant primordiale pour une bonne consommation, l'hypothèse d'une régularité des échanges est crédible.

## **Méthamphétamines**

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

En 2010, deux collectes sur le site d'échantillons différents confirment l'hypothèse de consommateurs de méthamphétamines et de ce fait d'importation. Pour autant, les niveaux de diffusion et l'accessibilité sont réduits.

Ces éléments issus des investigations encore en cours seront développés dans le prochain focus local TREND en juin 2011.

---

<sup>79</sup> Girard G. Boscher G. Amar C., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2008 Tendances Récentes sur le site de Rennes, 2009, p.75





## **Les hallucinogènes**



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

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

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

## **Kétamine**

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

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

Sur le site, les investigations de 2006 laissaient à penser que ce produit était très recherché particulièrement dans l'espace festif alternatif même si une faible diffusion restreignait son accessibilité à quelques petits groupes. En 2007, une demande toujours aussi forte avait rencontré une offre plus importante, élargissant ainsi le cercle des initiés. Les observateurs ethnographiques comme les acteurs de prévention dans l'espace festif alternatif étaient unanimes à constater l'augmentation de l'usage dans l'espace festif alternatif. Clubbers exceptés, les consommations en lien avec un public proche des mouvements culturels électroniques furent repérées et décrites. Certains médecins de CSST observaient en 2007 des usages récréatifs de kétamine chez ces populations jeunes en traitement pour des dépendances aux opiacés ou avec la cocaïne.

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

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

Le principe de « l'effet dose » est au centre de la problématique de l'usage de kétamine. Selon les dosages, les effets vont être ressentis différemment. Autrement dit, l'apprentissage de la consommation de ce produit est délicat.

Des problèmes de volatilité après transformation en poudre sont décrits par les usagers. La kétamine serait un produit à consommer sur le moment et donc difficilement stockable, même s'il n'y a pas consensus en la matière.

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

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

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

## **Évolutions : diffusion croissante de la kétamine dans différents espaces du monde festif alternatif ainsi que dans une frange de la population de l'espace urbain**

### **L'évolution croissante de la diffusion**

Repéré depuis le début des investigations TREND au début des années 2000, l'usage de kétamine évolue radicalement depuis 2007 du fait d'un potentiel de diffusion important. En 2008, les investigations établissaient de nouveaux usages en dehors du cadre des initiés.

De nouvelles populations utilisent cette substance lors de contexte festif particulier, mais aussi parfois, régulièrement à cause de début de dépendance.

Pour cette actrice de la réduction des risques « *la kéta est très présente, avec des gens qui essayent de s'injecter (...) ce sont des jeunes ou des vieux de la veille* ». Une présence de ce produit plus forte sur le site qu'ailleurs, est clairement à l'origine de ce processus. Une réelle disponibilité, une accessibilité relativement simple et des fonctions d'usage multiples selon les dosages sont les trois éléments essentiels expliquant ce phénomène.

Pour cette observatrice de l'espace festif « *c'est pour l'effet hallucinogène* » alors que pour cette professionnelle de l'espace urbain « *ils sont vraiment dans une logique de défonce* ». L'effet dose permet de l'utiliser dans différentes fonctions et contextes d'usage. De ce fait, une double représentation se construit autour de ce produit.

Pour la responsable des observations dans l'espace festif, « *il y a une ambivalence de l'image de la kétamine : d'un côté, elle est associée à l'imaginaire des voyageurs, ces grands voyageurs, adeptes de l'Inde, imaginaire extrêmement positif et commun à tous les milieux de la free party, imaginaire qui fonctionne comme le socle identitaire des teufers, toujours aussi efficace malgré l'éclatement de l'espace de la free party en différents milieux d'affiliations identitaires. Et d'un autre côté, la kétamine reste associée à la figure du toxicomane, « du punk à chien »* ».

À la fois perçue comme un outil de « défonce » et comme une molécule festive, voire d'introspection mystique, la kétamine est toujours en phase de diffusion.

Ce produit concerne majoritairement des populations appartenant à des milieux contre-culturels. Observés régulièrement dans l'espace festif, les usages dans l'espace urbain restent

des consommations d'opportunité. Notons toutefois que les relevés ethnographiques de 2009 indiquent des usages de kétamine lors des grands événements électroniques<sup>80</sup>.

Au-delà des espaces, il est important de souligner que les lieux ne sont pas déterminants dans la visibilité de ce produit. De nouvelles populations rencontrant des réseaux sociaux déjà utilisateurs de cette substance apparaissent au sein de ces lieux festifs. Si le cadre des initiés s'élargissait en 2008, en 2009, de nouvelles populations consomment ce produit dans des contextes et des fonctions exclusivement festives.

Même s'ils sont particulièrement visibles dans les espaces festifs Hardcore et Transe<sup>81</sup>, tous les milieux festifs électroniques sont concernés par des usages de kétamine en leur sein.

Les effets hallucinogènes, l'absence de produits de coupe, mais surtout la méconnaissance des conséquences d'usages continuent à propager ce produit dans de multiples milieux des espaces festifs.

### Conséquences de l'usage chronique

Jusqu'à présent, les dommages décrits en lien avec l'usage de kétamine étaient ceux de la surdose. Pour cet usager, *« les problèmes ? c'est je cuisine, je shoote, je tombe, les yeux complètement révoltés ? (...) ça n'arrive pas souvent, mais ça arrive surtout pour des personnes qui débutent la consommation »*. D'autres problèmes, des *« bad trip »*, étaient décrits pour des personnes *« qui n'aiment pas les hallus »*. Là encore, ce sont des problèmes à court terme sur le moment de la consommation.

Les investigations de 2009 indiquent la visibilité de dépendances et de toxicomanies. Pour cette observatrice du milieu festif alternatif *« ils sont cinquante pour cent sous came, cinquante pour cent sous ké, qui sont au bout d'un moment et qu'on le veuille ou non, ce sont des toxicomanies similaires parce que physiquement la ké... alors oui tu n'as pas la même accoutumance parce que la ké ça fonctionne pas pareil au niveau de l'accroche physique et de tout ce que ça dérègle, mais ça te met tellement dans un autre monde que voilà... »*. Plus loin dans l'entretien *« ils se font la guerre parce que les camés ne supportent pas les kétaminés et parce que les kétaminés ne supportent pas les camés, ils se traitent tous de « sales drogués », ils se renvoient la balle de sales drogués. Et moi, je trouve ça rigolo parce que la ké, bon c'est pas un produit récent (...) mais comme drogue aussi répandue, ça fait une dizaine d'années que t'en trouves, dans les teufs, dans les squats. (...) Et la ké, elle n'a pas cette image, parce que la came, qu'on le veuille ou non, pour tout le monde, c'est sale »*.

Au niveau des pratiques, et comme l'indique la responsable des observations de l'espace festif, *« il semble qu'il y ait une concordance de milieu et de population entre les consommations d'héroïne et de kétamine »*. Au niveau des représentations, le dispositif a déjà décrit l'association de ces deux produits dans les imaginaires des teufers<sup>82</sup>. Cependant, il semble intéressant de comprendre que ces usages sont pensés de manière différente. Malgré ces figures différentes, pour une part des usagers, les problèmes de dépendance sont les mêmes. Notons que les cadres sociaux et les affiliations culturelles sont à l'origine d'une articulation des pratiques et des discours.

De nombreux indices tendent à montrer que le rapport kétamine/héroïne cristallise un enjeu identitaire important lié aux milieux culturels. Ce phénomène est encore plus prégnant dans le monde de la free party. Pour la responsable d'observation dans l'espace festif *« Les affiliations identitaires correspondant aux différents espaces de la free party se traduisent au niveau des consommations. Selon les espaces, les codes de consommations diffèrent, les*

<sup>80</sup> C.f. le chapitre « Espace festif commercial » dans ce rapport

<sup>81</sup> dans des logiques d'usage très différents

<sup>82</sup> Suderie G., Baboulène N., Fournier S., 2009 Op.cit.

*drogues peuvent être les mêmes, mais les mots pour en parler et les gestes pour les consommer seront différents* ». Ces représentations s'accompagnent d'un déni des toxicomanies puisque « le tox » c'est toujours l'autre, ou plus précisément c'est l'usager en voie de désocialisation, peu importe la molécule. Les usagers dépendants ou en situation de toxicomanie avec la kétamine considèrent que les toxicomanes sont les usagers d'héroïne en voie de désocialisation et particulièrement ceux qui utilisent la voie intraveineuse. La figure inverse est présentée par les usagers d'héroïne utilisant la voie nasale. Il apparaît alors que la définition des problèmes avec la kétamine n'est évaluée que du côté somatique. Les notions de dépendance et de toxicomanie associée ne sont pas perçues par ces usagers. Toutefois, la récurrence des descriptions par les observateurs indique un réel phénomène.

### **Trafic**

Au hasard d'un entretien auprès d'un vétérinaire toulousain, il apparaît qu'une part de l'approvisionnement du marché passe par le braquage de cliniques vétérinaires. Cette information relevée, mais rarement corroborée est encore une fois soulignée. Voici l'extrait d'un cahier de terrain d'un observateur :

*« Le vétérinaire pensait que je venais pour les questions de produits et particulièrement pour la kétamine. Il me raconte que trois de ses collègues de banlieue ont été dévalisés. Lui ne conserve pas beaucoup de kétamine ».*

Notons aussi qu'une filière italienne est citée par plusieurs informateurs alors que jusqu'à présent seules les importations indienne et anglaise étaient citées.

Difficile de dire si ce sont de nouveaux réseaux, car l'association symbolique entre l'Inde et la kétamine est très forte chez les usagers. Ce lien imaginaire est probablement à l'origine de discours biaisés sur l'origine des produits

### **À noter**

La note ethnographique festive indique :

*« Proposition de kétamine bleue ; ce qui étonne l'informatrice, c'est première fois qu'elle en entend parler où qu'elle en voit de cette couleur. Elle n'en a pas consommé, mais a vu des personnes en prendre et il semblerait que l'effet soit plus fort qu'avec de la kétamine habituelle ».*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'Iboga est une préparation à base de racines d'un arbuste des forêts équatoriales d'Afrique de l'ouest, *Tabernanthe Iboga*, traditionnellement utilisée par les populations locales dans le cadre de rites initiatiques ou religieux. Son principal principe actif est l'ibogaïne. Le rapport TREND national 2006 note que son usage a toujours été en France extrêmement marginal. L'étude ethnographique sur les usages contemporains de champignons et de plantes hallucinogènes ne signale qu'un seul individu ayant expérimenté l'Iboga sur les 30 personnes interrogées<sup>83</sup>.

Déjà repéré sur le site en 2005, classé stupéfiant depuis<sup>84</sup>, ce produit est toujours présent. Son utilisation à des fins thérapeutiques est décrite par plusieurs informateurs. D'autres sources émanant des services du respect et de l'application de la loi<sup>85</sup> et d'un médecin de CSST corroborent une réelle présence, même si elle concerne apparemment un groupe restreint de personnes.

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

Dans la culture Gabonaise<sup>86</sup>, l'iboga est destiné à soigner seulement dans le cadre rituel où musique, transe, communication avec les esprits font un tout qui permet selon des indicateurs d'efficacité spécifiques de résoudre les problèmes des initiés. Les observations sur le site d'utilisation occidentales, que ce soit dans une recherche d'introspection ou pour ses qualités anti-addictives, indiquent que cette substance est réduite à ses propriétés pharmacologiques, mal connues par ailleurs. Le rite africain perd sa dimension thérapeutique au profit de la seule action moléculaire curative.

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

Si l'iboga soigne tout mal, il prend un écho plus particulier pour ses propriétés anti-addictives. D'ailleurs pour la majorité des personnes interrogées, c'est pour cette fonction qu'elles le consomment, soit au travers de l'initiation, soit par un usage anarchique. Dans le cadre de l'usage pour traiter une dépendance aux opiacés, l'iboga vient parfois « soigner » même si dans la plupart des cas repérés c'est de la BHD que l'on veut se sevrer. Cette molécule de substitution, vécue comme médicament un temps, puis comme une drogue est au centre de problématiques insolubles avec les moyens existants. L'iboga et en creux le rite associé sont considérés comme une solution alternative quand la médecine traditionnelle n'apporte plus de solution.

Notons que dans le cadre du rituel des associations proposent contre rémunération, soit des séminaires, soit des conseils d'utilisation. Le rapport coût/résultat de ce traitement alternatif

---

<sup>83</sup> Reynaud-Maurupt C. 2006, *Usages contemporains de plantes et champignons hallucinogènes*, OFDT

<sup>84</sup> Ce produit a été classé stupéfiant le 12 mars 2007.

<sup>85</sup> Le parquet recense deux affaires en 2007. On peut penser que le phénomène est quand même assez diffus pour que ces services recensent des cas alors que l'iboga n'est pas la priorité dans leurs investigations.

<sup>86</sup> L'Iboga est aussi présent au Cameroun lors du rite de retournement des corps des défunts



compris entre 250 euros et 300 euros pour la plante et 800 euros pour le stage de deux nuits (plante non comprise) semble prohibitif, du moins dans une optique de sevrage. Des populations en difficulté avec leur substitution, parfois en situation de précarité, peuvent trouver ces propositions attractives. En effet, la lassitude d'une substitution qui dure, une sortie de toxicomanie perçue comme difficile, voire impossible, créent les conditions d'une vulnérabilité pour adhérer à des solutions alternatives souvent plus proches de la dérive sectaire que d'une thérapeutique alternative.

Notons enfin que pour les problèmes, qu'ils soient en lien avec la dépendance aux psychotropes, ou de l'ordre du mal-être psychique, la démarche de soin prévaut sur celle d'un état modifié de conscience hédonique. Cet aspect circonscrit l'utilisation de cette molécule à des contextes précis par des populations particulières et dans des motivations d'usages spécifiques.

## ***LSD, peu de changements***

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

Dans l'espace urbain, les usages restent de l'ordre de l'opportunité parmi les « jeunes en errance » ou les « héroïnomanes substitués »<sup>87</sup>.

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

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

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

À 10 euros maximum la goutte ou le buvard (moins utilisé), ce produit relativement peu onéreux attire des populations en recherche d'expériences psychédéliques, qu'elles soient

---

<sup>87</sup> Sudérie G., 2006, Op. Cit.

jeunes ou non, dans l'expérimentation des psychotropes ou dans des usages réguliers d'autres substances. Des associations avec l'alcool, MDMA ou cocaïne sont décrits.

La forme gel repérée en 2006 et à laquelle on promettait un grand avenir n'a pas fait la percée prévue. C'est la forme goutte qui reste la première forme d'usage, soit sur la langue, dans une boisson ou plus rarement dans l'œil. Le support buvard en voie de disparition est toujours repéré par les observateurs.

Des petites étoiles rouges circulent dès le printemps 2008. Après analyse, elles contiennent du LSD et non pas de la mescaline. Décrites comme des gélamines rouges en forme d'étoile, elles sont censées être composées à 50% de LSD et 50% de mescaline, leurs effets étaient décrits comme beaucoup plus forts que ceux du LSD « classique » et surtout la redescende, plus difficile à gérer. Le mythe de la mescaline a encore été utilisé comme produit marketing pour vendre du LSD un peu plus cher qu'à l'accoutumée. Ces étoiles réapparaissent ponctuellement dans des soirées de notre région.

## **GHB**

### **Situation sur le site**

L'étude<sup>88</sup> menée par l'OFDT dans les espaces festifs gays à Paris et à Toulouse a permis d'élargir les investigations sur de nouveaux espaces sur le site. Ainsi, l'investigation des soirées gaies commence en avril 2007 à Toulouse, à la recherche de consommateurs de GHB/GBL. Des entretiens réalisés au préalable font directement et indirectement mention de l'usage de ce produit par des gays toulousains depuis environ cinq ans, principalement dans le contexte de relations sexuelles dans un cadre privé. À l'exception de la mention d'un essai en appartement avant une soirée en club, la consommation des Toulousains en contexte public a le plus souvent lieu ailleurs : à Montpellier, Sitges, Barcelone, Paris, etc.

En 2008, comme en 2007, les services des urgences signalaient des cas de « *G-Hole* ». Des personnes revendiquant leur appartenance au milieu gay pouvaient être prises en charge pour des pertes de connaissances en lien avec l'usage de GHB dans un contexte festif quasi-exclusivement privé. Entre 2007 et 2008, près d'une dizaine de cas sont décrits pas ces services. Signe que ce phénomène concerne une population relativement faible. En 2009, un seul cas est repéré. Comme par ailleurs<sup>89</sup>, il semble que les usagers de cette molécule appréhendent mieux les dosages et que les dommages associés soient réduits. Toutefois, la perte de visibilité de ce phénomène laisse à penser que le dispositif local doit se doter d'un système de renseignement plus performant. Une meilleure utilisation de l'outil ethnographique sera nécessaire pour renseigner cette question dans le futur.

### **Évolutions : Les nouveaux usages du GHB/GBL en dehors du cadre des initiés**

Au printemps 2009, des signalements d'usage de GBL/GHB en dehors du cadre culturel habituel<sup>90</sup> sont signalés par différents observateurs. Des jeunes fréquentant les milieux électroniques commerciaux seraient vulnérables à ce type d'usage expérimental. Une

---

<sup>88</sup> Fournier S., Escots S., *Usages de drogues dans l'espace festif gay*. OFDT, En cours de publication

<sup>89</sup> Halphen S., Grémy I. *Tendance Récentes sur les toxicomanies et les usages de drogues à Paris : état des lieux 2008 TREND*, ORS Ile de France /OFDT Juin 2009.

<sup>90</sup> Milieu festif Gay

accessibilité relativement simple, un coût faible et une médiatisation sans précédent seraient les trois éléments à considérer pour comprendre ce phénomène.

À Montpellier d'abord, des cas d'usage de GBL auraient été à l'origine de troubles nécessitant pour certains jeunes des hospitalisations lors d'une soirée électronique commerciale. À Toulouse, à la même période, un cas concernant une jeune fille est repéré. Elle aurait consommé du GHB<sup>91</sup> lors d'une soirée dans un établissement de nuit. D'abord évoqué comme un cas de soumission chimique, il semble que ce ne soit pas le cas. La jeune fille aurait consommé volontairement cette substance.

Dans un temps où l'espace festif commercial est en pleine restructuration à Toulouse<sup>92</sup>, les mélanges de population, les échanges de pratiques de la fête peuvent être à l'origine de l'initiation à de nouvelles typologies d'usage de drogues.

Les grandes soirées électroniques multiplient les potentialités de rencontres entre les différents réseaux sociaux.

L'absence sur le site d'un milieu festif exclusivement homosexuel est à prendre en compte. Les soirées des établissements « gay friendly » ouverts à tous, mais fréquentés par une population importante de personnes appartenant à la communauté gay peuvent être aussi les lieux potentiels de partage.

La tendance à son utilisation dans l'ensemble des milieux festifs est difficilement quantifiable. Elle concerne des jeunes de moins de 25 ans ne revendiquant pas d'usages de drogues traditionnels et ne s'inscrivant pas dans des affiliations alternatives.

Cette tendance est à surveiller de près, car la diffusion de ce produit ne semble pas pouvoir être contrée par son classement sur la liste des stupéfiants. Son accessibilité relativement simple pourrait transformer ces « histoires de chasse » en problème de santé publique.

## **Poppers**

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

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

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

Il est consommé en contexte public par des jeunes découvrant la fête aussi bien que des cinquantenaires « hardeurs » avant la backroom. D'après nos observations, l'interdiction<sup>93</sup> ne semble pas avoir eu pour l'heure d'effets très visibles sur la prise en contexte festif qui continue à se faire sans restriction ou vigilance particulière. Une informatrice dit toutefois avoir constaté une moindre visibilité depuis le début de l'année.

---

<sup>91</sup> Le CEIP de Toulouse indique que du GHB a été retrouvé dans le sang prélevé 3 à 4 heures après les faits et dans les urines. De l'alcool est aussi retrouvé dans les analyses.

<sup>92</sup> C.f. Partie sur l'espace festif commercial dans ce rapport

<sup>93</sup> Décret n°2007-1636 du 22 novembre 2007 a interdit la vente de tous les produits contenant des nitrites

Chez les gays, une partie de ceux qui se procuraient autrefois le *Jungle Juice* via Internet continuent à le faire. Une autre partie hésite à présent à laisser son adresse personnelle sur les sites de vente en ligne. S'ils pouvaient autrefois prétendre ignorer le statut illicite du *Jungle Juice* en France, ce recours n'est plus possible. De plus, des rumeurs à propos de colis qui ne seraient pas arrivés circulent. Ceux qui passaient commande à des tiers constatent une raréfaction du produit, une multiplication des intermédiaires et une augmentation des prix. De 12 euros le flacon en 2007, les prix ont en moyenne augmenté à 20 Euros en 2008.

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

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

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

## **Nouvelle molécule : DOC ou 2,5-Dimethoxy-4-Chloroamphétamine**

Plusieurs informateurs de l'espace festif décrivent l'usage de « DOC », produit inconnu sur le site jusqu'alors. Une usagère habituée de l'usage de psychotropes décrit son expérimentation de ce produit.

*Informatrice : « C'est comme le DOC, les gens, on leur explique, on leur dit ce que ça va faire, et quand ils le prennent, ça leur fait bizarre. »*

*Enquêteur : À tous les gens qui n'en ont jamais pris et qui le prennent, ça leur fait bizarre?*

*I : Oui, c'est quand même une méga expérience.*

*E : Et là c'est quoi, autour de toi c'est combien de gens qui consomment ça, une dizaine, une vingtaine ?*

*I : C'est plus proche de la dizaine que de la centaine.*

*E : C'est ça, c'est un petit groupe.*

*I : Il y a des gens qui ont essayé et il y a des gens qui consomment. Des gens qui ont essayé, j'en connais peut-être une trentaine, parce que c'était dans le même groupe, « moi j'ai essayé hier », « moi je vais essayer aujourd'hui »,*

*(...)*

*E : Le DOC, c'est de l'expérience?*

*I : Pendant ce temps, oui. La dose, c'est deux gouttes, après j'ai un pote, il en a pris 10 d'un coup, mais lui c'est un « mangeur ».*

*E : Et il l'a pris comme ça, il avait déjà testé deux?*

*I : Il avait déjà testé deux, une fois.*

*E : Et ça a duré longtemps?*

*I : Ça a duré. Je n'ai pas l'impression que pour lui ça a duré beaucoup plus longtemps, mais bon, il était avec nous dans le délire et je ne le sentais pas beaucoup plus défoncé.*

*E : Et la différence entre le DOC et un hallucinogène classique, c'est quoi?*

*I : C'est le « speed », moi je trouve que c'est le speed. Autant avec du LSD, tu peux te faire un trip mou, t'es pas speed, tu tchatches ou tu peux te faire un trip speed où*

*justement tu es super énergique, t'as envie de danser, tu peux gérer un peu ton délire. Alors qu'avec le DOC il y a eu des moments où c'était tellement speed, tellement fort au niveau du coeur et tout, tu sens que carrément, c'est allongé quoi, tu ne peux plus bouger, mais tu sens que c'est speed.*

*E : Ça veut dire que ça fait peur, c'est dangereux?*

*I : Au début, on était vachement dans le « qu'est-ce que ça va nous faire ? », donc on était dans l'analyse de tout, de la montée, du goût... Et tiens si j'essaie de faire ça...*

*E : Vraiment l'expérience quoi.*

*I : L'expérience; mais c'est vrai qu'il y a eu un moment, dans la montée, quand on l'a pris avec D., on était en haut de la montagne, on est descendus de la montagne pour aller au sound system, et au sound system, on est arrivés et le son s'est coupé, donc on s'est retrouvés comme si on était 3000 personnes dans la forêt, il n'y avait pas de son, il y avait les arbres, le ruisseau, les petits animaux, et là d'un coup, on s'est regardés avec Doudou, on a dit « viens, on va s'asseoir là ». On s'est affalés par terre, mais la montée qui était trop, genre ton corps d'un coup il est tellement speed qu'il ne peut plus bouger (...)*

*E : Et ce côté speed, tu peux le comparer à quoi, à de la cocaïne, à des amphétamines?*

*I : Je dirais à des amphétamines.*

*E : Oui, parce que c'est une amphétamine en fait?*

*I : Oui, les amphétamines, c'est vrai que ça fait ça aussi, parfois si tu en prends trop, t'es pas speed en fait, des bonnes amphétamines, si t'en prends vraiment trop, tu ne vas pas courir, danser...*

*E : D'un coup il faut se poser sinon c'est trop violent?*

*I : Oui.*

*E : Et il y a ce que disait D., une dimension un peu visuelle, tu vois des choses que tu ne vois pas?*

*I : C'est sûr qu'il y a le côté hyper hallucinogène, il y a le côté speed au niveau du corps, mais au niveau visuel, tu vois l'énergie des choses, l'énergie des gens. (...)*

*E : Ça ne le fait pas avec d'autres hallucinogènes?*

*I : Non.*

*E : Je pense à l'ayahuasca...*

*I : Disons que ça, c'est vraiment spécifique, tous les gens qui vont prendre du DOC, ils vont voir la même chose, ils vont voir ce truc d'énergie, les choses qui respirent, l'aura... Par exemple, on était dans la forêt, on voyait les arbres respirer, ce n'était pas que l'aura de l'arbre, on voyait l'arbre qui vivait, t'avais envie de t'approcher de lui... Tu sens que les choses sont vivantes.*

*(...)*

*E : Toi, ça t'a duré combien de temps?*

*I : Le truc en fait c'est que j'étais très fatiguée avant de le prendre, on n'avait pas dormi depuis peut-être deux jours, et du coup ça m'a pas duré non plus, ça m'a pas duré 18 heures, j'ai dû le prendre à midi, et je me suis endormie il était deux heures du mat, ça m'a duré 14 heures.(...) Oui; mais j'avoue que moi à la fin, mon corps ne pouvait plus, j'étais vraiment fatiguée, et Doudou, ça faisait un jour de plus qu'il n'avait pas dormi, du coup, il s'est allongé, on s'est dit on va se poser, on s'est allongés, on s'est mis dans le camion, et là j'ai dit, je me rappelais d'un pote qui me disait "je ne suis pas arrivé à dormir, j'ai pris un Valium", et là j'ai dit en fait je ne vais pas prendre le risque de me prendre la tête, et j'ai pris ¼ de Valium® et je me suis endormie de suite. Parce que je sentais que mon corps il en pouvait plus, que je ne pouvais plus bouger, mais dans ma*

*tête, je sentais qu'il y avait quand même le bruit, ça faisait quand même des hallucinations sonores encore ».*

Ce témoignage brut indique que le potentiel de diffusion de cette molécule est faible. Utilisée dans une fonction expérimentale, la durée de l'effet restreint son usage dans un cadre festif introspectif. Le DOC semble être une molécule dérivée du DOB (2,5-diméthoxy-4-bromoamphétamine). Le brome et le chlore sont les seules différences dans la composition de ces deux molécules. Ces atomes étant de la même famille, on peut s'attendre à des effets pharmacologiques a priori similaires.

Le DOB est une molécule mieux connue. Elle aurait les mêmes effets que le 2CB sur une durée plus longue (3 à 6 heures)<sup>94</sup>. Les effets ne se feraient sentir qu'après trois heures de latence où l'utilisateur est tenté de prendre un autre produit et risque de se surdoser. Sa toxicité est mal connue, mais de fortes doses semblent poser de graves problèmes de vasoconstriction aux extrémités des membres.

La description de ce cas illustre la tendance à la recherche de nouvelles molécules, soit pour la recherche de nouvelles modifications des états de conscience, soit tout simplement en raison de leur non classement sur la liste des stupéfiants.

---

<sup>94</sup> Michel Hautefeuille, Dan Véléa, *Les drogues de synthèse*, Presses Universitaires de France, coll. « Que sais-je ? », 2002

## **Les médicaments détournés de leurs usages thérapeutiques (non opiacés)**





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

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

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

## ***État des connaissances local sur l'usage des médicaments psychotropes non-opiacés en dehors du cadre thérapeutique***

Une des premières difficultés pour le dispositif TREND dans l'analyse de l'usage des médicaments psychotropes non opiacés en dehors du cadre thérapeutique est de déterminer quel en est l'usage thérapeutique. En effet, certains référentiels de « bonnes pratiques » préconisent l'utilisation de telles ou telles benzodiazépines en particulier en dehors de leur cadre de prescription AMM.

Il est question ici d'investiguer exclusivement les usages de ces molécules parmi les toxicomanes. De fait, les toxicomanes étant des patients atypiques, la prescription de benzodiazépines, d'antidépresseurs, d'anxiolytiques ou de neuroleptiques prend une dimension différente que pour d'autres patients. Il n'est évoqué ici que la question de la prescription, car il n'existe pas de réel marché de rue de ces molécules. En d'autres termes, l'accessibilité à telles ou telles molécules est conditionnée par la prescription.

Les travaux des CEIP au travers des enquêtes OPEMA et OPPIDUM<sup>95</sup> et des indicateurs de détournements indiquent que les trois molécules les plus détournées en Midi-Pyrénées sont le diazépam (Valium®), l'oxazépam (seresta®) et le bromazépam (lexomil®). En utilisant les outils TREND, il apparaît que ce sont ces mêmes molécules qui sont évoquées comme « molécules détournées de leurs usages thérapeutiques ». Le clonazépam (rivotril®) est aussi évoqué, mais plus pour les conséquences de cet usage que pour la récurrence des cas.

En s'intéressant aux fonctions et aux contextes d'usages, il apparaît que si les fonctions sont multiples les contextes n'ont rien de festif ou de convivial. Ces molécules sont utilisées de manière fonctionnelle. Les travaux TREND sur le site indiquent que plusieurs éléments motivent l'usage :

---

<sup>95</sup> Bulletin du CEIP de Toulouse, mars 2010, 19, n°50 1-2

- La modification de l'état de conscience pour la « défonce ». Souvent en parallèle avec d'importants usages d'alcool, l'utilisation de ces molécules permet de s'abstraire d'une réalité trop complexe.
- Le maintien dans un protocole de substitution. Le rapport 2007 du site de Toulouse<sup>96</sup> indique que des co-prescriptions de BHD et de benzodiazépines permettent à des personnes souffrant de troubles psychiques ou non de se maintenir leur dosage de BHD. L'arrêt des benzodiazépines (c'est l'exemple qui est évoqué alors) met en difficulté la personne qui pour « compenser » va augmenter ses doses journalières de BHD. Il apparaît de manière évidente que ce qui permet de maintenir ces personnes dans un protocole de substitution c'est le couple BHD et benzodiazépine.
- La dépendance à telles ou telles molécules de type. Souvent au deuxième plan derrière une dépendance aux opiacés, très visible en termes de symptômes, la dépendance à ces molécules semble être un élément essentiel de son usage chronique.
- Une pathologie

Ces molécules sont comme les MSO à la limite des systèmes de représentation des médicaments et des drogues. Ces « drogues du pauvre » n'ont pas un statut symbolique permettant une construction identitaire comme les drogues plus traditionnelles. Ces usages portés par des figures sociales très stigmatisées rendent complexes les recueils de discours sur le sujet.

---

<sup>96</sup> Suderie G. 2008 Op. Cit. p.45

## **Synthèse des investigations**

---



## Nouvelle visibilité de vente de crack dans l'espace public

Les rapports ethnographiques de l'espace urbain décrivent la revente de « *crack* » dans deux quartiers de Toulouse. Élaborée à partir de cocaïne chlorhydrate, l'appellation « free-base » a toujours prédominé sur la terminologie « crack » du moins pour les populations que le dispositif TREND observe au travers des espaces déterminés.

Quoi qu'il en soit, la présence de cocaïne base, peu importe son nom, est réelle depuis longtemps sur le site. La seule différence entre Toulouse et la Martinique ou la célèbre rue Myrha dans le 18<sup>e</sup> arrondissement de Paris, c'est le niveau d'accessibilité.

À Toulouse, baser sa cocaïne nécessite d'avoir accès à du chlorhydrate de « qualité » vendu au minimum 50 euros le gramme. Sachant qu'avec un gramme, la session d'usage via la base va être courte, l'usage de free base nécessite un investissement de plusieurs centaines d'euros. Ces conditions d'accès limitent les usages, à la différence d'autres lieux en France, où la vente de galette ou de caillou permet même aux pauvres de consommer de la cocaïne base. En effet, à Paris 30 euros permettent d'acheter une galette pour 3 à 6 prises et 5 euros, d'acheter un caillou pour une prise.

Sur le site, du fait de cette nouvelle accessibilité, il est probable que lorsque les usagers de cocaïne base opportunistes vont comprendre que la différence entre crack et free base n'est pas fondée, les représentations tomberont. Il est certain alors que pour une part, ils utiliseront le crack pour ses propriétés de cocaïne base du fait d'une accessibilité plus simple. Que les « pauvres » puissent avoir accès à la cocaïne base va modifier en profondeur les usages de drogues chez ces populations précaires et de fait la structure des conséquences sociales et sanitaires. Dans d'autres lieux, les problèmes que le crack a généré, sont aussi connus que la complexité des réponses à mettre en œuvre pour contrer ce phénomène

## L'absence de MDMA et ses conséquences

Toutes les sources d'informations indiquent que la poudre de MDMA<sup>97</sup> est indisponible jusqu'à la fin de l'année 2009. La rapide saturation de l'information indique une réelle pénurie durable durant toute l'année. À l'exception du milieu « sélect », tous les espaces festifs sont concernés. En décembre, des collectes ont été réalisées sur un marché à nouveau actif.

À l'énoncé du nom des produits qui circulent dans les espaces festifs, il est évident que l'absence de MDMA recombine les usages de molécules stimulantes. Si le « MD » disparaît, ce n'est pas le cas des contextes et des fonctions d'usages habituels de cette molécule. De ce fait, les usagers doivent trouver des substituts. Une présence remarquée de 2CB au printemps et au début de l'été en est le premier exemple. En effet, cette molécule, plutôt rare sur le site habituellement, est décrite dans différents relevés ethnographiques de l'espace festif. La collecte de ce produit pour l'enquête SINTES observation a été relativement simple, c'est la preuve que la disponibilité était plus forte qu'à l'accoutumée, du moins durant les six premiers mois de 2009.

De même, les déclarations d'usage de *speed* sont récurrentes et plus particulièrement pour des populations qui connaissaient déjà ce produit. Plutôt dénigrées habituellement, les amphétamines ont été durant l'année 2009 les principaux substituts à la pénurie de MDMA sous forme poudre. La consommation de cocaïne a pu aussi remplacer les consommations de MDMA poudre, même si les investigations n'arrivent pas à quantifier le phénomène.

---

<sup>97</sup> la MDMA (Méthylène-dioxy-3,4-méthamphétamine) combine à la fois des effets stimulants et des effets hallucinogènes. Appelée ecstasy sous sa forme comprimé, cette molécule prend le nom de MDMA sous la forme poudre ou la forme gélule.

En ce qui concerne les comprimés les choses diffèrent. En effet, les ecstasys sont disponibles, voire très disponibles, selon les périodes. Les analyses du dispositif SINTES et de la réduction des risques dans l'espace festif indiquent que les comprimés nommés « ecstasys » contiennent de manière systématique du mCPP<sup>98</sup> et jamais de la MDMA.

### **Les nouveaux usages du GHB/GBL**

Au printemps 2009, des signalements d'usage de GBL/GHB en dehors du cadre culturel habituel<sup>99</sup> sont signalés par différents observateurs. Des jeunes fréquentant les milieux électroniques commerciaux seraient vulnérables à ce type d'usage expérimental. Une accessibilité relativement simple, un coût faible et une médiatisation sans précédent seraient les trois éléments à considérer pour comprendre ce phénomène.

À Montpellier tout d'abord, des cas d'usage de GBL auraient été à l'origine de troubles nécessitant pour certains jeunes des hospitalisations lors d'une soirée électronique commerciale. À Toulouse, à la même période, un cas concernant une jeune fille est repéré. Elle aurait consommé du GHB lors d'une soirée dans un établissement de nuit. D'abord évoqué comme un cas de soumission chimique, il semble que ce ne soit pas le cas. La jeune fille aurait consommé volontairement cette substance.

Dans un moment où l'espace festif commercial est en pleine restructuration à Toulouse, les mélanges de populations, les échanges de pratiques de la fête peuvent être à l'origine de l'initiation à de nouveaux types d'usage de drogues.

Les grandes soirées électroniques multiplient les potentialités de rencontres entre les différents réseaux sociaux.

La tendance à l'utilisation de cette molécule dans l'ensemble des milieux festifs est difficilement quantifiable. Elle concerne des jeunes de moins de 25 ans ne revendiquant pas d'usages de drogues traditionnels et ne s'inscrivant pas dans des affiliations alternatives.

Cette tendance est à surveiller de près, car la diffusion de ce produit ne semble pas pouvoir être contrée par son classement sur la liste des stupéfiants. Son accessibilité relativement simple pourrait transformer ces « histoires de chasse » en problème de santé publique.

### **Une nouvelle culture de l'héroïne**

En 2009, le repérage de jeunes usagers-dépendants d'héroïne dans les Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes corrobore les observations antérieures. Ces jeunes patients ont la particularité de formuler des demandes à la suite de carrières d'usage relativement courtes.

Deux grandes typologies d'usagers d'héroïne peuvent être établies, principalement autour des modalités d'usage. Cette distinction apparente s'établit au travers d'une nouvelle culture de l'héroïne construite sur de nouvelles représentations, de nouvelles pratiques du corps. Cette évolution est à mettre en parallèle avec une offre d'opiacés abondante entre une héroïne disponible et des MSO très accessibles.

Les « usagers injecteurs », figure classique de la toxicomanie, ont un long parcours de polyconsommations. Inclus souvent dans des protocoles plus ou moins thérapeutiques de

---

<sup>98</sup> La mCPP (mono-chlorophénylpipérazine) a donné lieu à plusieurs descriptions même si ce type d'usage ne se développe que marginalement. En effet, sur le site en 2005, l'analyse par le dispositif SINTES de deux produits ayant généré des effets inhabituels chez des usagers réguliers de MDMA, avait révélé la présence de mCPP dans un des échantillons. Selon la description qui en est donnée, la mCPP a des effets stimulants et hallucinogènes similaires à ceux de l'ecstasy (MDMA).

<sup>99</sup> Milieu festif Gay

substitution, ils représentent une population déjà décrite par les investigations TREND depuis plusieurs années.

Les « usagers sniffeurs/inhaleurs », plus jeunes, s'inscrivent dans des usages de râbla plus que d'héroïne<sup>100</sup>. Ils utilisent la plupart du temps le sniff ou l'inhalation à chaud. Issus de l'espace festif alternatif, ils sont évoqués à la fois par les observateurs ethnographiques, mais aussi par les dispositifs de soins et de réduction des risques. Là, encore les investigations de 2008 avaient décrit l'impact de l'utilisation de nouvelles modalités de consommations à l'origine de l'initialisation de nouvelles carrières d'usage d'héroïne. Phénomène nouveau en 2007 et 2008, la récurrence de la description de ces profils indique une forme de permanence. Appelés parfois maladroitement « *usagers récréatifs d'héroïne* », ces consommateurs qui ont connu les psychotropes en général, et l'héroïne en particulier, dans des moments festifs ne s'inscrivent plus dans cette fonction d'usage. Pour une part ils sont dépendants, et parfois toxicomanes. La dynamique addictogène particulière de l'héroïne a transformé les contextes et les motivations des usages. Si c'est l'usage d'héroïne par voie veineuse qui fait figure de toxicomanie, l'usage par voie nasale ou inhalée de l'héroïne est totalement « permis ».

Si ce processus est décrit depuis plusieurs années, une forte diffusion repérée dès 2007 sur le site multiplie ce phénomène au point d'alerter les acteurs du soin aujourd'hui.

### **Les sulfates de morphine utilisée comme un Traitement de Substitution des Opiacés.**

Le Subutex® et la méthadone sont les seuls Médicaments de Substitution aux Opiacés ayant reçu en France une Autorisation de Mise sur le Marché pour le traitement des dépendances aux opiacés.

Dans les faits, les traitements de substitution aux opiacés ont un objectif, le sevrage, qui se construit au travers d'une logique de diminution des doses d'opiacés au fil du temps. Les observations sur le site indiquent que cette utilisation d'opiacés existe aussi avec les sulfates de morphine, mais bien évidemment en dehors des cadres thérapeutiques.

La hausse de la diffusion des sulfates sur le marché de rue génère une réelle disponibilité de Skénan® utilisé dans de multiples fonctions. Si la plupart du temps, ces usages sont semblables à des usages de drogues classiques, des cas d'usages substitutifs existent aussi. Ces bricolages de traitement hors de tout contrôle médical sont à l'origine de réussite ou d'échec.

L'arrêt des protocoles expérimentaux de délivrance de sulfates de morphine de la CPAM met en grandes difficultés les personnes incluses dans ces protocoles depuis plusieurs années qui doivent s'inscrire dans de nouveaux protocoles de substitution plus traditionnels. Notons que ces cas concernent très peu de personnes sur le site.

### **De nouvelles demandes de prise en charge**

La triangulation des informations issues des CSST fait apparaître un consensus. Tous ces dispositifs indiquent une forte demande de prise en charge pour de jeunes usagers d'héroïne. Pour ces acteurs expérimentés, ces demandes de traitement « méthadone » concernent de jeunes gens de moins de 25 ans avec une parité hommes/femmes. Au-delà du rajeunissement des files actives, ce sont les courtes carrières d'usage et le type de la démarche qui étonnent ces observateurs.

---

<sup>100</sup> En terme symbolique puisque que la râbla n'est qu'une appellation de l'héroïne

Au bout de deux années d'usage, parfois plus, parfois moins, des jeunes socialement insérés, sans être forcément en rupture familiale trouvent en la méthadone un moyen de traiter leur dépendance. En 2009, cette molécule est perçue par ces populations comme « *un médicament qui traite la dépendance à l'héroïne* ». La double représentation d'une toxicomanie vécue comme une maladie et curable grâce à cette molécule initie des demandes de sevrage rapide. Dans ce cas, la pharmacothérapie prend une place majeure dans la demande de soins, d'autant plus que la hausse de la disponibilité de ce produit dans le marché de rue démocratise son usage.

D'autres profils de patients apparaissent dans certains centres de soins. Là encore, ce sont des jeunes de moins de 25 ans, mais avec des parcours différents. Ces polyconsommateurs ont une carrière d'usage de drogue plus longue, avec parfois des prescriptions de buprénorphine haut dosage qu'ils injectent. Ces jeunes, hommes et femmes, sont la plupart du temps dans des situations sociales très précaires. Dans ce cas, pareillement, c'est la méthadone qui est privilégiée et particulièrement pour ceux qui l'utilisent déjà en auto-substitution via le marché de rue.

Cette multitude de demandes de soins très hétérogènes pour une même molécule complexifie le travail des acteurs de soins. S'il est évident que prescrire de la méthadone ne soigne pas la toxicomanie, et que d'autres thérapies ont prouvé leurs « efficacités », les évolutions des représentations plébiscitent son utilisation.

Ce phénomène met à mal certains cadres thérapeutiques de la méthadone à « haut seuil d'exigences »<sup>101</sup>. Si l'utilisation des modèles de « seuil adapté d'exigences »<sup>102</sup> a permis aux acteurs de s'adapter efficacement à ce phénomène, certains patients sous méthadone n'arrivent pas tenir dans ces cadres, même flottants. De nouveaux cadres dans d'autres lieux semblent nécessaires pour ces personnes en lien avec les dispositifs de prise en charge, mais qui pour autant ne peuvent pas contenir dans les cadres existants.

Si l'utilisation de la méthadone est perçue par les personnes en demande de soins et les addictologues comme une pharmacothérapie efficace, n'oublions pas que l'Autorisation de Mise sur le Marché lui a été attribuée en 1995 à des fins de réduction des risques.

---

<sup>101</sup> Méthadone haut seuil d'exigences : La méthadone est prescrite de façon individualisée, dans un cadre strict où délivrance et prise sont contrôlées. L'administration du produit de substitution est quotidienne ou, du moins, satisfait à un schéma rigoureusement prescrit, souvent dans le cadre d'un contrat. Le sujet s'astreint à une abstinence totale d'opiacés ou d'autres substances psychoactives illicites ou licites. Si les contrôles urinaires sont positifs, le sujet peut être exclu du programme de soins. (Définition MILDT 2010)

<sup>102</sup> Méthadone à seuil adapté d'exigences Le seuil adapté est un ajustement du contrat thérapeutique à la réalité des usages des patients. L'assouplissement de ses contraintes permet aux patients de se maintenir dans un traitement.