



Phénomènes émergents liés aux drogues en 2010. Tendances récentes sur le site de Marseille

Matteo Fano

► To cite this version:

Matteo Fano. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2010. Tendances récentes sur le site de Marseille. [Rapport de recherche] OFDT Office Français des Drogues et Toxicomanies; Association Méditerranéenne de Prévention et de Traitement des Addictions, AMPTA. 2012, pp.1-68. hal-03201018

HAL Id: hal-03201018

<https://hal.science/hal-03201018>

Submitted on 17 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS LIÉS AUX DROGUES EN 2010

TENDANCES RÉCENTES SUR LE SITE DE MARSEILLE

Matteo Fano

TREND

Tendances Récentes Emergentes
et Nouvelles Drogues

Site de Marseille
2010



Contributions à TREND Marseille - enquête 2010

Chargée de coordination TREND 2010

- Emmanuelle HOAREAU, Association Méditerranéenne de Prévention et de Traitement des Addictions, AMPTA

Chargé de rédaction du rapport 2010 et coordonnateur TREND 2011

- Matteo FANO, AMPTA

Observation

- Yann GRANGER, responsable d'observation en espace urbain -AMPTA
- Camille GRIMAUD, responsable d'observation en espace festif - Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale, GRVS

Conseil scientifique

- Pr Xavier THIRION, Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance - CEIP, centre associé Marseille
- Jean-Jacques SANTUCCI, Directeur de l'AMPTA
- Etienne ZURBACH, Dispositif d'Appui Drogues et Dépendances - DADD PACA

Personnes et structures associées à la recherche

Groupe Focus sanitaire

- Maëla LEBRUN, CSAPA BUS 31/32
- Dr Olivier BAGNIS, CSAPA Baumettes
- Sylvie MONNIER, CSAPA Baumettes
- Dr Françoise ALBERTINI, CSAPA Corderie
- Mylène FRAPPAS, Service de la Santé Publique et de Handicapés, Ville de Marseille
- Pr Xavier THIRION, Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance
- Elizabeth FRAUGER, Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance
- Christophe MORRACHINI, Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance

Groupe Focus application de la loi

- Florence SOULE, AMPTA - permanence addictions au TGI de Marseille
- Hourya LEKEHAL, AMPTA - Consultation jeunes Consommateurs
- Vincent GRAND, Institut National de police scientifique, Laboratoire de police scientifique de Marseille
- Gérard RIPOLL - Unité de Prévention Urbaine, Direction départementale de la sécurité publique
- Jean Luc BINET - Unité de Prévention Urbaine, Direction départementale de la sécurité publique
- Lieutenant ROLLAND - Brigade des Stupéfiants, Direction départementale de la sécurité publique
- Major Claude PEILLON - Brigade de prévention de la délinquance juvénile – Aix en Provence

Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD)

Participation à l'enquête pour les questionnaires « bas seuil » :

- **L'ELF**, espace urbain
- **BUS 31/32**, espace festif
- **ASUD**, espace urbain
- **Le SLEEP'IN**, espace urbain
- **le TIPI**, espace festif

Association « Nouvelle Aube »

Cette association nous a apporté un éclairage sur la question des squats

Le Dispositif d'appui PACA

Pour les conseils, les relectures, la documentation :

- Anne Gaëlle PERRAIS
- Béatrice BESSOU

Tous nos remerciements s'adressent à l'ensemble des structures, leurs équipes, et aux usagers de drogues rencontrés dans les lieux d'accueil et de soins, dans la rue et en milieu festif, qui ont accepté de nous faire part de leurs connaissances ou expériences dans le champ des drogues et dépendances, et sans qui ce travail de collecte et d'analyse n'aurait pu avoir lieu.

Un grand merci à nos observateurs clé : Julien, Anna, Jonas, Karim, Océane et Alex qui ont contribué aux observations en milieu festif ; P, Y, M, Ma pour les observations en milieu urbain.

PRESENTATION DU DISPOSITIF TREND MARSEILLE 2010	6
▪ LES ESPACES ETUDIES	6
▪ LIMITES ET ELARGISSEMENT DU CHAMP D'OBSERVATION :	6
▪ LES OUTILS DE RECUEIL DES DONNEES	7
▪ PRECISION EPISTEMOLOGIQUE	8
SYNTHESE DU RAPPORT 2010.....	9
▪ CONTEXTE GENERAL.....	9
▪ ESPACE URBAIN	9
▪ ESPACE « RURBAIN »	10
▪ ESPACE FESTIF	11
▪ PRODUITS	11
APPROCHES TRANSVERSALES DES USAGES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES	15
▪ ESPACE URBAIN	15
CONTEXTE GENERAL.....	15
LES SQUATS URBAINS COMME MODES DE VIE CHOISIS OU SUBIS EN REPONSE A LA PRECARISATION CROISSANTE.....	15
INITIATIVES ET DEBATS EN MATIERE DE MATERIEL DE REDUCTION DES RISQUES	17
TENDANCES RAPPORTEES.....	18
<i>Jeunes et transmissions générationnelles</i>	<i>18</i>
<i>Les pratiques liées à l'injection.....</i>	<i>19</i>
<i>La consommation détournée de médicaments psychotropes.....</i>	<i>20</i>
<i>Trafic et revente des drogues à Marseille</i>	<i>21</i>
PUBLICS USAGERS DE PRODUITS PSYCHOTROPES.....	22
<i>Difficultés dans la prise en charge des publics précaires</i>	<i>22</i>
<i>Usagers et troubles psychiatriques</i>	<i>23</i>
<i>Usagers en milieu carcéral.....</i>	<i>23</i>
▪ ESPACES URBAINS HORS MARSEILLE : UN ACCES AU MATERIEL DE RDR FRAGILISE PAR L'ISOLEMENT DES USAGERS.	25
▪ ESPACE FESTIF	27
DEFINITION DES ESPACES CONCERNES	27
LE MILIEU FESTIF : DES TEMPS DE RENCONTRE PRIVILEGIES ET PLUS FREQUENTS EN CONTRASTE AVEC LE RETOUR DES FREE PARTIES.....	27
LES USAGERS EN MILIEU FESTIF : UN PUBLIC FEMININ DE PLUS EN PLUS PRESENT.....	28
<i>Rajeunissement des publics rencontrés dans l'espace festif.....</i>	<i>28</i>
<i>Jeunes itinérants : l'enjeu du maintien du lien social.....</i>	<i>29</i>
DES USAGES A L'OPPORTUNITE, SUR DES TEMPORALITES REDUITES.....	30
<i>Le milieu festif commercial de plus en plus concerné par le polyusage</i>	<i>31</i>
<i>Le sniff et l'ingestion comme modes de consommation privilégiés.....</i>	<i>32</i>
<i>Inhalation : des pratiques de RDR qui s'ancrent.....</i>	<i>32</i>
<i>L'injection : une pratique très à risque pour les usagers les plus isolés</i>	<i>32</i>
▪ APPROCHE PAR PRODUIT PSYCHOACTIF.....	34
L'ALCOOL ET LE CANNABIS	34
<i>Alcool</i>	<i>34</i>
<i>... Dans l'espace festif.....</i>	<i>34</i>
<i>... Dans l'espace urbain</i>	<i>35</i>

Cannabis	36
LES OPIACES	38
L'héroïne	38
<i>Disponibilité du produit</i>	38
<i>Profils d'usagers et représentations du produit</i>	40
Opium	41
Skénan®	41
Méthadone	42
<i>La forme galénique gélule</i>	43
<i>La Buprénorphine haut dosage</i>	43
LES STIMULANTS	44
Cocaïne	44
<i>Disponibilité du produit</i>	44
<i>Profil des usagers de cocaïne</i>	46
<i>Focus sur le Free-base</i>	47
<i>Disponibilité de la cocaïne et usage de la free-base sur Aix-en-Provence</i>	48
Amphétamines (speed)	49
Méthamphétamines	50
MDMA	50
LES HALLUCINOGENES	51
LSD	51
GHB	52
Kétamine	53
<i>Autres hallucinogènes : plantes et champignons</i>	55
BENZODIAZEPINES	55
Rohypnol® (Flunitrazépam)	56
Rivotril® (Clonazépam)	56
Artane® (Trihexyphénidyle)	56
Ritaline® (Méthylphénidate)	57
AUTRES MEDICAMENTS	58
NOUVEAUX PRODUITS	59
Khat	59
Méthylone	59
MDA	59
Méphédron	59
Ephédrine	59
2-CB	60
McPP	60
LEXIQUE	61

Présentation du dispositif TREND Marseille 2010

Ce rapport présente les principaux résultats recueillis dans le cadre du dispositif Tendances Récentes et Nouvelles Drogues (TREND) sur Marseille et sa région en 2010.

TREND est un dispositif d'enquête annuelle conduit par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies depuis 1999, actuellement dans sept grandes villes en France (Paris, Lille, Rennes, Bordeaux, Toulouse, Metz, Marseille).

Son objectif est de « *fournir aux décideurs, professionnels et usagers, des éléments de connaissance sur les tendances récentes liées aux usages, essentiellement illicites, de produits psychotropes et d'identifier d'éventuels phénomènes émergents. Ceux-ci recouvrent soit des phénomènes nouveaux, soit des phénomènes existants non détectés ou documentés par les systèmes d'observation en place. La mise à disposition précoce d'éléments de connaissance doit permettre aux différents acteurs (...) d'élaborer des réponses en terme de décisions publiques (et) d'activité* » (CADET-TAIROU A., GANDILHON M., TOUFIK A., EVRARD I., 2008).

Pour ce faire, ce dispositif articule un recueil de données auprès de personnes utilisatrices de substances psychoactives licites et illicites, et de professionnels du champ sanitaire (le soin et la réduction des risques) et de l'application de la loi. Deux types d'espaces sont investigués : l'espace festif électro techno dont les participants sont, pour leur grande majorité, en situation d'insertion sociale stable, et l'espace urbain, comprenant des personnes vues dans la rue ou dans des structures bas seuil et de soins spécialisés et qui sont généralement – mais pas seulement – en situation de précarité et de vulnérabilité sociale.

Se concentrant « *sur des groupes de populations plus consommatrices de produits psychotropes que la population générale d'âge équivalent* », ces observations « *ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la population française* » (OFDT, *Tendances* n°58). Néanmoins, elles permettent d'identifier les pratiques d'usage de produits, les prises de risques et conséquences liées à l'usage, et les situations sociales et sanitaires des utilisateurs, et de mettre au jour des évolutions éventuelles.

▪ Les espaces étudiés

▪ *Espaces urbain et festif*

Pour l'espace urbain, les données sont recueillies dans les agglomérations marseillaise et aixoise. Les personnes rencontrées sont des professionnels des CAARUD, des CSAPA, ainsi que des usagers de ces structures.

S'agissant de l'espace festif, ce sont des professionnels de CAARUD intervenant dans les événements festifs électro techno et/ou accueillant des participants à ces soirées dans leurs locaux, ainsi que des utilisateurs de cet espace qui ont été rencontrés, fréquentant ou non ces CAARUD.

La distinction des utilisateurs de l'espace urbain et de l'espace festif, et au sein de ces deux espaces, s'appuie sur leurs caractéristiques sociodémographiques, leur situation sociale et leurs usages des produits psychoactifs. Cependant, cette typologie ne prétend ni à l'exhaustivité, ni à la pérennité, et ne donne qu'une représentation figée des utilisateurs, ne rendant pas compte de l'évolution de leur pratique d'usage dans le temps.

▪ Limites et élargissement du champ d'observation :

Le renouvellement annuel du dispositif TREND, avec une méthodologie rigoureuse, constitue une force, puisqu'il recueille des données sur plusieurs années et sur les mêmes profils d'usagers, ce qui permet d'objectiver des évolutions. Mais il peut aussi entraîner certains risques.

- le manque d'identification de faits nouveaux, due à la lassitude des informateurs habituellement sollicités, ou à leurs relations assez statiques avec le public fréquentant les structures,
- la tentation d'attribuer un caractère de nouveauté à des phénomènes qui ne le sont pas, ou sur lesquels l'observation ne s'était pas attardée jusqu'à présent,
- la focalisation sur certains publics, rendant non visibles d'autres : TREND n'observe que des types d'usages et d'utilisateurs de l'espace festif techno et des centres villes, laissant hors champ d'observation une partie non visible, comme par exemple les usagers insérés qui ne fréquentent pas l'espace festif ou les usagers qui ne se rendent pas dans des centres spécialisés pour diverses raisons.

Le champ d'observation en 2010 s'est ouvert à quelques nouveautés : les comparaisons entre espaces urbains des villes moyennes, comme Aix-en-Provence et Salon-de-Provence, et l'hyper centre marseillais ; les réflexions des professionnels de santé à propos de la Ritaline® et des usagers présentant des pathologies psychiatriques.

Enfin, l'observation a pris en compte les constats effectués par l'association « Nouvelle Aube », partenaire pour la première fois de TREND. Cette association intervient dans le milieu des squats marseillais, et a proposé une catégorisation pertinente pour l'observation.

▪ Les outils de recueil des données

Le recours à différents outils de recueil indépendants a pour but de séparer les sources des données, pour mieux objectiver les phénomènes et leur statut de phénomène émergent ou non.

TREND utilise et croise différentes sources de données indépendantes, recueillies selon des moments, lieux, et auprès d'acteurs (usagers, professionnels) distincts :

- **Les observations conduites par les observateurs clé** auprès des usagers rencontrés en espace festif et urbain : ces observations sont collectées par les responsables d'observation.
- **Les questionnaires qualitatifs renseignés avec les équipes de CARRUD**, deux en espace festif, deux en espace urbain ; les informations sont collectées lors d'entretiens par la coordination TREND.
- **Les groupes focaux des professionnels du sanitaire et de l'application de la loi** : ces groupes réunissent des acteurs venant de différentes structures mais toutes concernées par les mêmes aspects (le soin des toxicomanes ou la lutte contre le trafic)
- **Des entretiens avec des structures, professionnels ou usagers** faisant partie du réseau relationnel du coordinateur.

La rédaction du présent rapport s'est appuyée sur :

- **Les quatre notes ethnographiques semestrielles**, deux dans chaque espace festif/urbain
- Le compte rendu du **groupe focal sanitaire**
- Le compte rendu du **groupe focal application de la loi**
- Les **questionnaires qualitatifs**, renseignés auprès des CAARUD des associations suivantes : ASUD - Urbain, Marseille, L'ELF - Urbain, Aix, Le TIPI - Festif, Marseille, Bus 31/32 - Festif, Marseille, Sleep In - Urbain, Marseille
- Des **entretiens avec divers partenaires, dont l'association Nouvelle Aube**
- La mobilisation de **statistiques et de données d'enquêtes** connexes, OFDT : SINTES, ENA CAARUD, NEMO,...ou partenaires : SIAMOIS de l'INVS,...Baromètre santé, INPES, Infractions à la législation sur les stupéfiants, données OCRTIS.

▪ Précision épistémologique

Les données TREND rendent compte de discours ponctuels, divers et parfois contradictoires sur l'usage et les usagers de substances psychoactives. Elles ne couvrent pas l'ensemble des discours, des interprétations et des faits. Elles ne sont pas d'un statut égal en terme de fidélité au réel, entre celles rapportées par une ou deux personnes et celles constatées par plusieurs, par des usagers ou/et des professionnels.

En outre, les informations recueillies dépendent étroitement du réseau d'informateurs mobilisé par les responsables d'observation, celui-ci n'étant pas toujours représentatif de la diversité des utilisateurs et des usages, et du réseau relationnel, de l'ancienneté dans la fréquentation d'un espace, des pratiques d'usage et de la subjectivité des informateurs rencontrés.

De plus, comme d'autres discours sur d'autres pratiques, les discours des utilisateurs sont 'habités' de représentations et de ressentis modifiant la réalité, comme peuvent le faire les miroirs magiques. Ils sont aussi traversés par des processus de transfert et contre transfert entre l'observateur et l'informateur qui influent sur le type, le contenu et la 'coloration' des données.

Il reste que ces données ont un intérêt heuristique dans la compréhension des usages de substances psychoactives, des prises de risques liées à ces usages et de leurs évolutions. La méthodologie sur laquelle repose TREND (constance dans les thèmes et les espaces observés, séparation et croisement des différentes sources de recueil) permet une continuité dans l'observation, l'évaluation de la marge de généralisation des données et le repérage de tendances émergentes.

▪ Contexte général

En 2010, peu d'évolutions sont à noter vis-à-vis des années précédentes. Les signalements en termes d'évolutions sont modestes, il s'agit le plus souvent de la confirmation de tendances, de renforcements de comportements d'usage, de protection et de prévention, acquis au fil de leurs expériences par les usagers de drogues des centres de soins et de réduction des risques.

Aucun produit « nouveau » n'est mentionné, ni nouvelles associations de produits ou modes de consommation de certains produits aussi bien en milieu urbain que festif. Les observations signalent l'importante consommation de produits psychoactifs hallucinogènes et/ou stimulants, en dépit de leur dosage aléatoire et des nombreux produits de coupe présents.

La situation sociale et sanitaire des usagers de drogues dans la rue ne s'est pas améliorée. La question du trafic à Marseille et dans sa région a largement été rapportée par les médias ; la plupart des observateurs de ce phénomène s'accordent à dire que les réseaux de revente ont encore gagné en organisation et en violence, dans un contexte d'accentuation de la concurrence entre revendeurs, de saturation de l'offre, et de montée de l'autoproduction du cannabis et d'émergence de l'achat par Internet. En 2010, s'est tenue à Marseille une importante rencontre sur la question de « l'intervention sociale à l'épreuve du trafic des drogues », qui témoigne de l'intérêt des professionnels pour la question sociale posée par les drogues.

S'agissant des professionnels et structures de l'addictologie au contact de ces usagers, l'année aura permis de débattre, échanger sur différentes questions relevant de la réduction des risques, de l'insertion par l'emploi, de l'hébergement (dont les squats) et de la prise en charge de ces usagers. Plusieurs outils se voient questionnés, des démarches inaugurées (comme l'analyse par CCM en milieu urbain) ainsi qu'une réflexion sur l'injection dans la rue, et de l'adaptation des outils.

2010 est aussi l'année du lancement, par la Ville de Marseille, d'une étude de faisabilité sur la mise en place d'une salle de consommations à moindre risque. Mise à part la question de son opportunité, l'ouverture de ce débat aura été l'occasion de faire le point sur les besoins et les ressources en réduction des risques.

▪ Espace urbain

Deux initiatives nouvelles ont marqué l'année 2010, ainsi que plusieurs débats sur les techniques et le matériel de réduction des risques.

- la mise en place d'une offre d'analyse de la composition des produits par **chromatographie en couche mince (CCM)**, pour des usagers en milieu urbain, qui vient compléter celle qui est proposée en milieu festif alternatif.
- L'entrée en pleine activité d'une association, qui s'est engagée à œuvrer dans les hébergements en squats. Cette association a proposé une catégorisation des squats, selon les publics qui les fréquentent, le niveau d'organisation collective et la présence ou non d'une démarche choisie par les personnes (militants et artistiques ; « sans papiers » ; d'habitation ; en camions ; d'abandon).

Des acteurs de la RDR signalent une augmentation du nombre de seringues données dans le cadre du travail de rue, alors que le nombre d'injecteurs reçus dans leur structure est plutôt stable. Cette augmentation *extra muros* peut être rapprochée d'autres observations : l'accroissement très probable de la fréquence de consommation de Ritaline® chez ceux qui en consomment et l'apparition parmi les personnes rencontrées dans la rue de jeunes primo injecteurs d'autres produits. La même association remarque que la distribution de **matériel d'injection coloré** ne semble pas adaptée aux pratiques des usagers qui vivent dans la rue. Le Stérifilt® est considéré comme difficile à utiliser, ce qui alimente sa représentation comme retenant une partie du produit. Par ailleurs, cet outil n'est pas pratique à utiliser lorsque l'on veut s'injecter rapidement dans la rue. Au contraire, le Stéricup® convient aux usagers, et l'adhésion à cet outil s'explique par son intégration depuis des années dans les rituels de consommation.

Les observations ont également porté sur la question des usagers qui ne fréquentent pas les dispositifs de soins et de réduction des risques ; il existe une population qui ne peut ou ne veut pas utiliser les services proposés, et ce phénomène, qui a toujours existé, prend actuellement des formes nouvelles, au regard des évolutions sociales (augmentation de la précarité, qui entraîne le repli dans la marginalité) et des évolutions des usages (augmentation des usages chez les personnes insérées, qui ne s'identifient pas aux clients des centres de soins)¹.

Autre phénomène marquant de la période, le cloisonnement entre générations, qui entraîne des **changements dans les transmissions des savoirs et savoirs faire**. Habituellement, les jeunes, dans des phases d'initiation à certains produits, ont souvent pu compter sur l'expérience de pairs plus âgés. Cette disparition de rites d'initiation et de transmissions est un problème nouveau auquel se confrontent les intervenants de la réduction des risques.

L'année 2010 est celle de la confirmation de l'installation à Marseille et dans les alentours de jeunes qu'on a déjà appelés « jeunes itinérants ». Jusqu'en 2009 ces usagers étaient peu nombreux et n'étaient qu'en transit. Beaucoup sont Italiens ou viennent du Nord et de l'Est de la France. Contrairement aux jeunes migrants du Maghreb, ils n'ont pas envie d'intégrer un mode de vie normatif, mais sont plutôt dans la revendication et l'investissement d'un mode de vie alternatif qui révèle des formes d'éducation issues de leur vie précédente et qui ne sont pas centrées sur la sédentarité, les biens et signes de consommation et l'activité professionnelle durable.

Les usagers marseillais, ayant des consommations problématiques de drogues sont encore cette année, très majoritairement attachés à la consommation détournée de **médicaments**, surtout des benzodiazépines. Cette situation est facilitée par la grande disponibilité de produits sur cette ville, avec deux modes d'accès : les prescriptions des médecins généralistes et l'offre dans le marché de rue, qui propose sur les mêmes lieux des benzodiazépines, de la Ritaline®, l'Artane® et de la BHD.

Ce public très précarisé, ayant de ressources financières limitées, une histoire ponctuée d'expériences de prises en charge psychiatriques sans succès, une instabilité dans le logement et le mode de vie, a des consommations aux finalités difficiles à interpréter : elles oscillent entre défonce, automédication et régulation de consommations d'autres produits.

Le **repérage des personnes ayant des troubles psychotiques** semble actuellement mieux effectué, plus précocement aussi, grâce souvent à leurs pairs. Par contre, on remarque encore une insuffisante attention à la problématique des comorbidités psychiatriques/addictologiques. L'addiction et les problèmes psychiatriques sont considérés séparément, sans intégrer les conséquences de l'usage problématique de benzodiazépines dans la prise en charge psychiatrique du patient.

S'agissant de la disponibilité des produits, tous les quartiers de Marseille disposent de **points de redistribution** de cannabis ; certains cumulant avec l'accès à la cocaïne, et/ou l'héroïne. Courant 2010, la Ville de Marseille aura connu une recrudescence d'épisodes violents liés aux conflits de territoires pour la gestion de points de vente de produits, dans un contexte de demande forte mais en voie de saturation. Le trafic s'est professionnalisé, par rapport aux années précédentes, notamment au regard de celui de l'héroïne des années 70 et 80, et il y a peu d'usagers revendeurs. Concernant les villes moyennes du département, le trafic est alimenté par des sources marseillaises.

▪ Espace urbain

La question des drogues est de plus en plus présente dans les villes moyennes et jusque dans les communes du département. Les collégiens et les lycéens en parlent de plus en plus, mais il est difficile d'estimer cette consommation au travers de leurs discours, les rencontres de prévention étant des occasions de se valoriser aux yeux des autres.

Dans les petites communes, nombre de jeunes souffrent d'isolement et de désœuvrement : une des solutions pratiquées est de se rendre en free-party, qu'ils suivent régulièrement. Ceux qui ont été initiés à l'utilisation des drogues par voie injectable, rencontrent parfois des difficultés pour accéder à des soins, trouver du matériel stérile, ou interrompre cette pratique. La prise en charge sanitaire et sociale des personnes usagères de drogues est également limitée, liée au statut de l'usage de drogues dans ces petites villes.

¹ Voir à ce sujet une étude spécifique de TREND : Carrières de consommations de cocaïne chez les usagers « cachés » Catherine Raynaud-Maurupt, Emmanuelle Hoareau, 2010, OFDT.

▪ Espace festif

En 2010, des **free parties** et des **teknivals** ont été organisés fréquemment dans les environs d'Aix, Avignon, Marseille. Les associations de RdR en festif évoquent le retour des free parties, rassemblant un public important : de 1000/1500, jusqu'à 3000 personnes sur deux jours. Mais la plupart ne dépassent pas les 500 participants et sont organisées par « des jeunes » qui, avec un matériel très amateur et une technicité médiocre, diffusent une musique souvent de piètre qualité. Si la répression et les interdictions sont toujours présentes, les relations entre les associations qui interviennent en milieu festif et les forces de l'ordre se sont apaisées au cours de cette année 2010. Il est vrai que le mouvement rave et free ne représente plus l'épicentre des manifestations qui inquiètent les pouvoirs publics : celui-ci s'est porté sur les rassemblements spontanés, en marge des fêtes votives, les regroupements sur les places et les rues, souvent cause de désordres à l'ordre public.

Les caractéristiques des usagers sont analogues à celles relevées en 2009, et la présence d'une importante quantité de jeunes mineurs dans les milieux festifs continue de se développer. Ces jeunes, comme dans l'espace urbain, ne sont pas initiés et encadrés par des personnes plus expérimentées mais évoluent, dans l'espace festif techno alternatif comme dans celui commercial situé en zone urbaine, plus souvent qu'auparavant, entre eux.

Il n'a pas été observé l'augmentation de la quantité de **kit crack** distribuée en milieu festif, seulement une plus grande régularité de la demande. C'est un outil de RdR intéressant parce qu'il donne la possibilité aux usagers qui arrivent à la fête sans le projet de « baser » (donc sans les outils propres à cette pratique) de trouver ce qu'il leur faut sans avoir à utiliser des outils contaminés, pas adaptés, voire dangereux vis à vis de la transmission de maladies.

▪ Produits

La consommation d'**alcool** est généralisée en milieu urbain. Pour de nombreux usagers, l'alcool est le produit qui leur pose le plus de problèmes. Les niveaux de consommations observés sont élevés et la dépendance avérée mais les prises en charge sont limitées et inadaptées (peu de démarches de RdR incluent l'alcool). Les personnes alcoolodépendantes et les usagers de drogues et de médicaments psychotropes sont aujourd'hui confondus dans la même catégorie des publics ayant « des usages problématiques de substances psychoactives ». Aux Baumettes c'est la problématique la plus présente, due à l'aggravation des sanctions liées aux délits commis sous l'emprise de l'alcool (délits routiers, violences domestiques) et à l'association des benzodiazépines qui est très fréquente.

En milieu urbain, chez les plus jeunes, il faut noter la diffusion de plus en plus répandue de la mode de l'alcoolisation rapide et massive.

Lorsqu'il s'agit d'usagers de drogues et/ou substitués, la prise en charge de ces patients qui présentent, en plus d'une dépendance aux opiacés, une dépendance à l'alcool, constitue une difficulté supplémentaire.

S'agissant du **cannabis**, on assiste au développement de la culture domestique dans le centre ville, et des ventes en appartement. La tolérance des juges vis-à-vis de l'usage et la détention du cannabis est de moins en moins grande. On observe une augmentation du nombre de personnes en difficulté sociale avec une consommation problématique de cannabis. Les problématiques sont multifactorielles. En effet, les orientations vers les CSAPA ont sensiblement augmenté (40% en 2010 vs 25% en 2009) et, surtout, elles sont plus fréquemment suivies de prises en charge alors qu'elles ne sont pas obligatoires.

L'**héroïne** vendue à Marseille est principalement brune, peu dosée mais chère. Elle ne sera pas utilisée par les usagers les plus précaires, qui en plus de ne pas avoir les ressources financières nécessaires ou, uniquement en début de mois, manquent aussi de relations pour l'obtenir. Des consommateurs sont disposés à payer un produit de meilleure qualité, bien que plus cher, lorsqu'il apparaît occasionnellement. Les profils des usagers sont très différents : personnes insérées, (étudiants ou travailleurs ayant un logement), et personnes en situation très précarisée, (« jeunes errants » ou squatters). Le public des CAARUD est peu concerné à cause du prix élevé, des réseaux de vente auxquels ils n'ont pas accès, et parce qu'ils sont sous TSO.

Dans l'espace festif, on observe un changement notoire et notable quant à la qualité et au prix de l'héroïne ces derniers mois. L'héroïne est consommée par des participants jeunes, dans des

événements du milieu alternatif, parfois en association avec d'autres produits. Dans les squats, on retrouve une situation similaire à celle du milieu festif : possible consommation du produit sans témoignage de vente avérée. En général la stigmatisation est de moins en moins prégnante, du fait du changement générationnel. A Aix-en-Provence, l'héroïne brune est souvent mentionnée comme un produit facilement disponible et plutôt consommé par les plus jeunes. L'héroïne est considérée, par ces nouveaux usagers, comme faisant partie du panel des produits à utiliser dans un but festif et récréatif en association avec d'autres produits. La voie principale reste la voie nasale, bien qu'on remarque de plus en plus de gens qui fument de l'héroïne en « chassant le dragon ». Néanmoins l'injection reste une voie de consommation très utilisée à la fois chez les jeunes errants et chez des jeunes insérés. Au niveau des représentations, surtout chez les plus jeunes, la dichotomie entre injection et voie nasale/aspiration au regard des risques d'overdose et de dépendance subsiste (les deuxièmes étant considérées moins risquées).

La **méthadone** est perçue comme traitement et utilisée en respectant la prescription médicale. Des usagers obtiennent un peu plus que ce qui leur est nécessaire afin de constituer un petit stock qu'ils pourront utiliser un jour de carence, afin de se « défoncer », ou pour arrondir une fin de mois difficile en la revendant à une connaissance mais pas dans la rue. La nouvelle forme galénique (gélule) est disponible depuis avril 2008 et a permis aux usagers qui en font usage d'accéder à un meilleur confort pour la prise de leur TSO mais la prescription de cette forme reste encore très limitée, les éventuels mésusages restent de ce fait méconnus.

La **Buprénorphine haut dosage (BHD)**, que ce soit le Subutex® ou les génériques, sont toujours disponibles par prescriptions médicales et sur le marché de rue. Les médecins semblent être devenus plus souples sur le choix de prescription du princeps ou du générique, en sollicitant l'avis des usagers. La prise en sublingual concerne les usagers les plus stabilisés, et une grande partie des non stabilisés, parmi ceux-ci nombreux sont ceux qui préfèrent l'injection. Beaucoup d'injecteurs ont commencé à utiliser ce mode d'administration à l'occasion de la consommation de ce produit moins stigmatisé que l'héroïne. Les usagers considèrent différemment les deux formes pharmaceutiques (princeps ou générique), sur la base de leur facilité d'injection déterminée par les tailles des cachets et les excipients. Concernant l'accessibilité du produit, un grand nombre de personnes à Marseille ne dispose pas des droits sociaux requis pour bénéficier de prescriptions et ne peuvent pas avoir accès à un traitement. Beaucoup d'usagers témoignent de leur lassitude vis-à-vis de la consommation de ce médicament mais, bien qu'ils soient arrivés à une étape de leur trajectoire où ils pourraient cesser la prise, ne disposent pas des ressources sociales, professionnelles, économiques qui leur permettraient d'étayer un projet de sortie.

Aujourd'hui, la **cocaïne** est disponible à la vente quasiment dans tous les secteurs de Marseille, de manière plus visible et sans doute plus importante dans les quartiers périphériques. Dans les zones « urbaines », la revente semble s'être développée dans la période récente. Les perceptions des usagers concernant la mauvaise qualité du produit vendu dans les secteurs périphériques de Marseille sont confirmées par les analyses accomplies par le laboratoire de police scientifique. La qualité, le prix et la quantité effective du produit contenu dans les « paquets » sont en général en défaveur du client, mais restent très aléatoires selon le lieu d'achat, le type de soirées, le réseau d'approvisionnement du consommateur... Beaucoup de ceux qui fréquentent l'espace festif alternatif, préfèrent se reporter sur le speed qui est moitié moins cher et de qualité plus fiable.

Les usagers de cocaïne sont peu présents dans les filières de soin car peu demandeurs. Les usagers, de plus en plus souvent interpellés, ne sont pas orientés vers les stages de sensibilisation aux dangers liés aux usages de drogues, mais incriminés par la justice pour détention - donc trafic - dans le but de faire tomber des réseaux. Parmi deux catégories pourtant dissemblables, les usagers de drogues insérés et ceux vivant en squat, on rencontre une proportion importante de personnes ayant une consommation régulière et ancienne de cocaïne, basée sur des facilités d'accès au produit. Ce type d'usagers préfère l'usage en free base au sniff ou à l'injection.

La forme **free base** reste rare, davantage utilisée par des personnes plus « averties », et sa consommation déborde généralement dans la semaine. Le savoir technique et la culture propres à la consommation de free base sont peu présents à Marseille et il n'existe pas de marché de revente du crack. Il est difficile de dire si la pratique du basage de la cocaïne se développe aujourd'hui : nous pouvons cependant observer qu'elle existe et qu'un nombre non négligeable d'usagers des structures de soins spécialisés fument la « free base ». Le contexte de consommation est souvent celui d'une certaine sociabilité, dans un lieu où les gens sont posés et en groupe ; il s'agit surtout d'un usage en squat, ou au domicile personnel, mais pas dans la rue, ce qui limite les possibilités d'observation. On remarque un « ancrage des pratiques » concernant l'usage de la cocaïne basée, confirmé encore lors

du second semestre de l'année 2010. Les gens préparent leur free base principalement avec l'ammoniaque car la préparation demande moins de précision à doser les ingrédients, bien qu'ils sachent que la préparation avec le bicarbonate est plus saine.

Les **amphétamines** sont toujours largement consommées et très disponibles à Marseille comme à Aix-en-Provence, et dans tous milieux festifs. Dans l'espace urbain, on remarque une tendance à la disparition du cloisonnement entre milieux urbain/festif : le micro trafic en centre ville est géré par des usagers de l'espace urbain qui fréquentent occasionnellement l'espace festif techno et qui vendent de la Ritaline® comme du speed.

En général, son usage est cantonné aux temps festifs, et concerne essentiellement un public assez jeune, souvent dépendant aux opiacés et substitué, ayant notamment traversé les milieux festifs techno ou punk. La nature « anodine » de ce produit perçue par les usagers, pourrait être un facteur de « non visibilité » de ces usagers.

Aucun des observateurs-clés n'a évoqué la disponibilité des **métamphétamines** cette année sur Marseille. Par contre, elles sont souvent mentionnées, bien qu'il n'y ait qu'un seul témoignage direct de leur usage. Cela pourrait s'expliquer par la possibilité d'un « effet marketing » provoqué par les media qui, en parlant de ce produit (journaux télévisés et séries), créent une demande qui, en l'absence d'approvisionnement, ne peut être satisfaite qu'avec des « arnaques », rendues plus faciles à la fois par la relative méconnaissance du produit et par l'effet placebo.

La **MDMA** semble être de nouveau bien disponible en région après la pénurie des dernières années. Un large panel de qualité est présent, les analyses montrant cependant des échantillons correctement dosés. Certains consommateurs évoquent la disponibilité occasionnelle de « tazes de MDMA », c'est à dire de comprimés censés être plus concentrés que la moyenne. Ces produits présentent généralement une composition autre que celle annoncée : très peu de poudre de MDMA associée à des produits de coupe. Il nous paraît important de souligner que la distinction entre « taz » (comprimé) et « MDMA » (poudre ou gélule) reposant sur l'idée que la deuxième est plus sûre en terme de qualité, tend à disparaître : par contre il est vrai que le produit en poudre/cristaux permet un certain contrôle empirique de la qualité.

La **kétamine** semble être consommée de manière importante, y compris par les usagers les plus jeunes, et très disponible que ce soit dans le milieu festif alternatif ou le milieu commercial. Les oscillations du prix, toujours dans la fenêtre 40-60 €, nous semblent être liées à la variation de la disponibilité sur le marché. Le trafic semble être moins structuré que celui d'autres substances comme la cocaïne ou l'héroïne. Il faut noter de la part des usagers une meilleure maîtrise des dosages pour obtenir les effets souhaités. La stigmatisation du produit est de moins en moins prégnante. S'il est vrai que les participants des free-partys et des raves en consommeraient davantage que ceux des boîtes de nuit et des festivals, cet écart en termes de prévalence aurait tendance à s'estomper : des personnes qui fréquentent ou ont fréquenté l'espace festif alternatif font pénétrer la substance dans l'espace urbain et le milieu étudiant. Certains usagers s'installent dans une consommation régulière, en développant un phénomène d'accoutumance : ils en consomment à chaque sortie festive, teuf ou apéro. La principale voie d'absorption reste le sniff, mais certains la prennent en injection.

Le **2CB** est un hallucinogène de synthèse qui était disponible au premier semestre 2010 dans la région marseillaise mais dont la présence s'est faite beaucoup plus discrète dans les six derniers mois. Il induirait des effets assez agréables mais relativement forts, parfois même « un peu trop » selon certains consommateurs interrogés. Il est peu disponible car vendu dans des petits cercles accessibles aux consommateurs expérimentés qui ont des contacts pour s'en procurer.

Il semblerait que, suite aux nombreuses mises en garde sur la consommation détournée de **Rohypnol®**, celui-ci ait été « remplacé » par le **Rivotril®** dans les prescriptions des médecins; néanmoins la disponibilité de ces deux produits dans la rue semble à peu près équivalente. L'usage de Rivotril® a tendance à supplanter celui du Rohypnol® : il est absorbé par de nombreux usagers du milieu urbain par voie nasale mais sa consommation ne s'inscrit pas dans une recherche de défonce : les usagers ne parlent pas de plaisir avec ce médicament.

La **Ritaline®** est encore largement disponible à Marseille. Certains usagers arrivent, grâce à un réseau de médecins prescripteurs, à se faire prescrire leur propre consommation de Ritaline® en tant que substitution à la cocaïne. Les consommateurs du milieu urbain marseillais et aixois sont des ex usagers de cocaïne ou d'Artane® qui connaissent ou ont connu la rue, la « toxicomanie » et les TSO. Par contre, on n'observe pas de précarisation ou de retour à la grande précarité chez les usagers qui étaient stabilisés. Même si la consommation reste très élevée, selon certains intervenants elle aurait tendance à diminuer, c'est-à-dire à moins attirer de nouveaux usagers. Cependant, selon d'autres

informations concernant le deuxième semestre 2010, sa consommation semble s'étendre à des personnes qui ne sont pas « passées » par la cocaïne. De plus en plus de jeunes injecteurs d'opiacés remplacent ces produits directement par la Ritaline®.

A Aix en Provence, l'utilisation de ce produit par voie injectable ne concernerait que quelques personnes. A Marseille, la plupart des usagers les plus précaires de ce produit seraient concernés. Les témoignages sur ce produit sont aujourd'hui plus ambivalents qu'avant. Les usagers commencent à mieux gérer les effets pendant la montée et la phase plateau mais ont toujours des difficultés à gérer la descente, qui est décrite comme très difficile au point de nécessiter une nouvelle prise ou la consommation d'un autre produit en régulation. Selon les professionnels, il est plus difficile de contenir et de sécuriser quelqu'un en descente de Ritaline®, que lorsqu'il s'agit d'autres produits parce que le passage à l'acte auto agressif ou hétéro agressif est fréquent, souvent sans raisons apparentes. Le problème qui se pose aux structures est de pouvoir disposer d'un lieu où il est possible d'isoler la personne, le temps pour elle d'apaiser ses tensions.

Approches transversales des usages de substances psychoactives

▪ Espace urbain

Contexte général

En 2010, aucun produit « nouveau » n'est mentionné par les usagers, ni nouvelles associations ou nouveaux modes de consommation de certains produits.

On note en revanche une disparition de la distinction entre les publics préalablement désignés comme « alcooliques » et ceux, comme usagers de drogues et de médicaments psychotropes, qui sont aujourd'hui confondus.

Le choix des substances consommées est souvent lié à des « effets de mode » pour des produits dont on parle le plus entre usagers. Ces substances, lorsqu'elles sont nouvelles dans le cercle d'usagers, suivent les cycles habituels de découverte et de diffusion.

Les effets recherchés, d'une génération à l'autre, restent relativement stables, par contre les produits illicites ou médicaments psychotropes consommés changent du fait de l'évolution de l'offre dans la rue ou de l'accès par prescriptions médicales.

Concernant la rue, la violence reste toujours présentes, notamment à la tombée de la nuit et lorsque les effets des produits pris dans la journée se cumulent et sont les plus intenses. Les intervenants de l'unité mobile sont souvent amenés à prodiguer des soins à des personnes qui ont subi des violences physiques, venant de la part d'autres usagers ou non. Par ailleurs, on remarque des signalements épisodiques de vols dans des pharmacies notamment d'amphétamines, a priori de la Ritaline ®.

La pratique de la polyconsommation, très répandue parmi les usagers, suppose de la part des usagers une expertise de plus en plus complexe des effets. Elle reste dépendante de la capacité à accéder aux produits, et des représentations ayant cours au sein des publics d'usagers.

Les squats urbains comme modes de vie choisis ou subis en réponse à la précarisation croissante

Notre intérêt pour les questions de logement et leur incidence sur les usages et usagers de drogues, se sont renouvelés, en 2010, en partie du fait de la fréquence de rencontres avec des personnes vivant en habitat précaire à Marseille ou dans d'autres villes proches.

Le recours à cette forme d'habitat est plutôt exponentiel, du fait de l'augmentation du nombre de personnes sans revenus ou à « petits boulots » ne pouvant pas envisager de louer un appartement, et de la présence à Marseille d'un important « parc de logements » insalubres ou en situation de péril, quasiment abandonnés par leurs propriétaires.

Nous avons également bénéficié de la contribution de l'association qui a développé son activité dans les lieux d'hébergement généralement appelés squats.

Un squat est un lieu de vie collectif multiforme : il peut être géré, « en autogestion » ou à l'autre extrême, dégradé, à l'abandon, sans organisation. De manière générale un squat reste un habitat précaire, dans lesquels les durées de maintien sur place sont variables, souvent dépendantes de la fréquence des interventions policières. Les squats marseillais se différencient des formes d'habitats « communautaires », squats tolérés dans certaines grandes villes européennes, où il est plus aisé de développer un projet d'habitat sur le long terme et en commun. A Marseille, peu d'occupations durent plus de six mois et, par ailleurs, la crainte et la fréquence des expulsions ne favorisent pas la possibilité de s'organiser.

Dans ce contexte, une vie en squat précaire et limitée en durée, complexifie également l'entrée dans certains traitements thérapeutiques, comme les soins liés aux infections du VHC ou en psychiatrie. Des personnes ont ainsi l'impossibilité de s'engager dans un soin du VHC, du fait des conditions de

vie instables, peu compatibles avec l'observance du traitement, tout comme ceux qui vivent en campement ou dans leur voiture².

Les intervenants en squats catégorisent ces lieux, selon les publics, le niveau d'organisation collective et la démarche de choix de vie volontaire ou non des personnes :

- les squats dits **militants et artistiques** : ils présentent un niveau d'organisation collective souvent élevé, appliquent l'autogestion et l'autonomie, la récupération des biens (nourriture, matériel électrique, meubles, vêtements,...) ; certains ont installé un potager, organisent des soirées artistiques thématiques ou des soirées avec débats politiques, invitant des personnes extérieures au squat ; ces squats sont souvent des lieux de consommation de produits mais qui présentent différents comportements de régulation collective et individuelle ; les dommages liés à l'usage ne sont pas plus fréquents qu'ailleurs. Ils correspondent à des modes de vie choisis.
- les squats occupés par des « **sans papiers** » roms, maghrébins ou africains : ces squats sont considérés comme des hébergements transitoires en attendant mieux, un départ vers une autre ville, voire une régularisation ; il n'y a pas d'intervention connue des associations de réduction de risques dans ces lieux. Ces habitats en squats ne se fondent pas sur un choix volontaire.
- les squats **d'habitation** : bien que différents des squats artistiques, ces lieux peuvent accueillir une fête, organisée par des personnes extérieures. Les résidents habituels sont des personnes en situation de grande précarité, qui refusent les hébergements d'urgence de type UHU ou CHRS. A ce titre on peut considérer que c'est une forme d'habitat choisi. Il s'y observe des consommations de divers produits et surtout d'alcool. Si les publics rencontrés sont très divers, en majorité ce sont plutôt des gens affiliés à la mouvance punk. Les prises de risques liés aux consommations sont fréquentes, tout en manifestant une certaine capacité à la prise de précautions vis-à-vis d'eux-mêmes, et à l'attention pour ceux qui sont « perdus ». Ces lieux restent donc ouverts sur l'extérieur, à la différence des squats d'abandon (voir plus bas)
- les **squats en camions** : ce sont des lieux de vie occupés par les personnes s'identifiant à la mouvance techno. S'ils ne connaissent pas de grandes difficultés sociales et sanitaires; beaucoup sont en situation de précarité financière. L'usage d'héroïne et de l'injection en présence des pairs y étant fortement stigmatisé. Ce produit est souvent consommé à l'abri des regards, en sniff ou par inhalation ; et l'injection semble plus répandue qu'auparavant mais reste également cachée. Elle est rarement compulsive; le plus souvent occasionnelle, inscrite dans le contexte d'un événement festif, et un seul produit est injecté.
- les **squats d'abandon** : ce sont des lieux où les gens vivent dans des conditions dégradées d'habitation, avec enfermement sur soi et leur lieu de vie. Il y a absence d'hygiène, d'électricité, d'eau, d'aménagement des espaces et pas d'organisation collective ; les personnes qui y vivent sont en très grande précarité, certaines ont le RSA, vivent de la récupération ou la mendicité. La consommation de produits est quotidienne, la pratique de l'injection souvent compulsive et en polyconsommation, l'usage de la BHD est fréquent; les dommages physiques liés à l'usage des drogues, la précarité et l'absence d'hygiène et de soins sont très fréquents. De nombreuses personnes auraient besoin de soins somatiques en urgence voire d'une hospitalisation. Ces squats sont habités par des personnes peu mobiles : rares sont les sorties à l'extérieur, en particulier pour la recherche de matériel stérile, et la réutilisation et le partage du matériel sont habituels. Le public est originaire de Marseille, parfois du nord de la France, ou des pays de l'Est (des polonais notamment), âgé de 18-20 ans à 35-40 ans : certains sont en phase de début de consommation et d'autres ont déjà un long parcours³.

² Par comparaison, à Paris, les squats sont considérés comme plus durables (plus de 6 mois) et les personnes ont la possibilité d'engager un traitement thérapeutique. Un traitement VHC est possible en squat, qui peut être un lieu soutenant pour les personnes qui suivent un traitement VHC, si l'on considère le haut degré de sociabilité de certains d'entre eux.

³ Certains de ces squats sont connus par les associations, qui y effectuent des visites régulières. L'attitude bienveillante vis-à-vis des résidents a souvent des effets positifs sur l'image que l'on veut donner de soi et du lieu. Dans un squat sans aucune gestion collective, jonché de détritus (déchets alimentaires, excréments, seringues souillées,...), à l'annonce d'une prochaine visite les résidents avaient nettoyé les lieux.

Initiatives et débats en matière de matériel de réduction des risques

Durant l'année 2010, différentes questions ont été évoquées ou ont fait débat parmi les acteurs de la Réduction des risques à Marseille et Aix en Provence.

La distribution de **matériel d'injection coloré** a été abordée à plusieurs occasions.

Les intervenants d'un CAARUD remarquent que l'accès à cet outil facilite le recours au programme d'échange de seringues, et la diversité de coloration matérialise le risque contenu dans le partage du matériel d'injection. Par contre, cette diffusion ne semble pas adaptée à toutes les situations. Une autre structure qui intervient dans la rue ne donne plus de seringues de couleur car elle considère que ce matériel s'avère plus adapté au contexte festif ou à la situation de personnes ayant un appartement ou un lieu d'habitation fixe.

En effet, selon l'équipe de ce CAARUD, cet outil ne semble pas adapté aux pratiques des usagers qui vivent dans la rue. La seringue est colorée pour anticiper le risque d'un usage multiple dans un contexte de pénurie de matériel. Ce qui n'est pas le cas pour des personnes, certes à la rue, mais qui ont un accès facilité au matériel stérile. Il est préférable, auprès d'eux, de promouvoir l'utilisation d'une nouvelle seringue pour chaque injection, plutôt qu'une réutilisation de celle-ci, même en minimisant les risques. Le problème est que ce public abandonne trop souvent son matériel dans les caniveaux, et les habitants du quartier sont souvent irrités par la présence des usagers ou par les signes tangibles de leur consommation (seringues, matériel,...). Du temps où l'équipe en distribuait, les habitants percevaient ces seringues colorées comme un artifice, sans motivation médicale, et comme des objets presque ludiques, dangereux notamment pour les enfants du quartier.

En 2010, la mise en place d'une offre d'analyse de composition des produits par **chromatographie sur couche mince (CCM)**, pour des usagers en milieu urbain, vient compléter celle qui est proposée en milieu festif alternatif. Cet outil est un moyen d'accès aux usagers cachés. D'autre part, l'analyse proposée présente un intérêt réel et immédiat pour l'utilisateur, et un accès à la réduction des risques sous une forme plus poussée que celle que rendait possible le testing. La CCM permet d'identifier des produits de coupe, d'obtenir rapidement des résultats d'analyse, et ceci à partir d'une quantité très réduite de substance.

Ce dispositif, peu connu au début, a été présenté lors de soirées d'information pour promouvoir son recours par le biais d'autres associations de réduction de risque. Il suscite au début une certaine appréhension chez des usagers, due à l'inquiétude d'une interpellation pendant le trajet jusqu'au lieu où se pratique l'analyse.

Le protocole d'utilisation de cet outil évite aux intervenants de manipuler eux-mêmes les produits, qui sont rendus impropres à la consommation grâce à l'utilisation de toxitubes, éprouvette contenant un dissolvant. Ce protocole apporte une certaine protection aux intervenants vis-à-vis du risque légal.

Il persiste également une certaine réticence vis-à-vis de cet outil, qui est parfois perçu à tort dans sa dimension d'instrument. Il prend une autre valeur, lorsqu'il est relié à une action de counseling, dans les phases qui précèdent l'analyse ou qui accompagnent le rendu de résultat. En effet, l'analyse est un prétexte pour entrer en relation avec l'utilisateur sur la réduction des risques.

Nombre de personnes consomment « à l'aveugle », tout en ayant le sentiment d'avoir pris des risques. Elles font usage de ce qui se présente, à défaut d'obtenir ce qu'elles souhaiteraient et qu'elles pensent connaître un peu mieux. L'analyse et le counseling permettent d'interroger les représentations des usagers, à propos de certaines « légendes urbaines » souvent bien ancrées, même chez les plus avertis. Par exemple, la croyance que le free base est de la cocaïne pure et que plus on en extrait lors du basage, plus le produit est de qualité. Cette affirmation est infondée, comme le montre l'exemple d'une cocaïne coupée au Levamisole® collectée à Marseille en début 2011 : ce produit de coupe, déjà identifié en Espagne, en Suisse et en dehors de l'Europe (surtout aux USA et au Canada) est peu diffusé en France. Il s'agit d'un antiparasitaire vétérinaire (vermifuge) qui présente chez l'homme un risque d'agranulocytose avec infections notamment chez les personnes immunodéprimées⁴. Ce produit de coupe étant un chlorhydrate, il ne se sépare pas de la cocaïne au cours du basage mais se mélange à celle-ci lors de la formation du caillou. Le résultat obtenu étant

⁴ Note d'information du 24 janvier 2005 de l'OFDT « COCAÏNE ET LEVAMISOLE » (www.ofdt.fr/BDD/sintes/ir_050121_leva.pdf). Pour en savoir plus voir la section dédiée au Levamisole, base bibliographique de l'OFDT : http://pmb.ofdt.fr/pmb/opac_css/index.php?lvl=categ_see&id=2666.

sensiblement de même poids que le produit avant préparation, l'usager a le sentiment illusoire d'avoir acheté une cocaïne très pure.

Tendances rapportées

Jeunes et transmissions générationnelles

Le « rajeunissement » des usagers de drogues est une question souvent abordée par les interlocuteurs de prévention au contact des jeunes, mais rarement objectivée. L'observation est souvent fondée sur des situations particulières ou des appréciations à l'emporte pièce, autour de l'idée majeure d'une inflation permanente des pratiques (« ils sont de plus en plus nombreux et ils commencent de plus en plus tôt »). La démonstration se base parfois sur l'exemple rencontré, la perle rare, le consommateur de cannabis « dès la sixième ». Notre propos n'est pas de nier l'existence de la précocité, que certaines enquêtes de terrain montrent, mais de prendre ces éléments comme des signes d'alertes plutôt que des tendances. Les enquêtes en population menées par l'OFDT et l'INPES démontreraient d'ailleurs une certaine stagnation générale des comportements de consommation, voire un repli des âges moyens d'initiation aux produits de début comme le tabac, l'alcool et le cannabis, ceci depuis plusieurs années. Ce qui est vrai en population générale doit bien sûr être nuancé lorsque l'on considère les populations à risques, les gradients sociaux et économiques, les formes de sociabilité pratiquée,...mais ces éléments ne font qu'apporter quelques correctifs à une tendance générale à la stagnation.

Ce qui ressort des rencontres avec les partenaires de TREND est d'une autre nature. Les usagers ayant dépassé la trentaine parlent d'un phénomène qu'ils ne connaissaient pas quand ils ont débuté. Traditionnellement, les usagers, dans les phases d'initiation à certains produits, pouvaient compter sur l'expérience de pairs plus âgés. Un changement dans les transmissions des savoirs et savoirs faire et un cloisonnement entre les générations d'usagers de drogues se sont opérés. Cette fragmentation entre générations n'est d'ailleurs pas spécifique au milieu des usagers de drogues, elle parcourt l'ensemble de la société.

Dans certains cas, la transmission n'est pas facilitée par le discrédit dont souffrent les usagers les plus âgés. Ainsi un CAARUD reçoit des usagers d'origine maghrébine, qui ont connu l'acculturation, la disqualification sociale et professionnelle et celle de leurs parents, les déboires scolaires, à l'armée, la crise d'identité liés à la double nationalité. Tous ces « vieux » n'ont pas acquis le statut d'« ancien », mais sont considérés comme des perdants. Certains usagers sont respectés en tant qu'« anciens » : estimés par les autres usagers plus jeunes, ils ont su conserver ou se construire une éthique faite de valeurs positives, de principes, comme le respect de l'autre, qu'ils ont pu maintenir dans leur parcours de vie et leur trajectoire d'usager.

Ce CAARUD accueille également un groupe d'une dizaine de jeunes, tous usagers de drogues, dont trois sont mineurs. Ce groupe représente une des formes de consommations et de modes de vie de jeunes usagers vus en milieu urbain.

Plutôt originaires des petites villes périphériques à Marseille, ils ont eu peu de contacts avec les dispositifs spécialisés, avec qui ils entretiennent des relations épisodiques, plutôt distantes. Leur mode de vie les rapproche des « voyageurs junkie ». Ils rejettent par principe les structures de droit commun, car identifiés pour eux à la sédentarité et au « système ». Ils vivent en groupe et développent des liens assez intenses entre eux, contrairement aux générations précédentes. Même en cas de départ, ces liens se maintiennent, par l'entraide pour l'hébergement ou lors d'événements festifs. Leur quotidien est fait de petits boulots, d'emplois saisonniers ou bien de mendicité ; celle-ci est effectuée de manière organisée, comme un emploi : ils se répartissent par équipes, selon des lieux et horaires précis.

Leur mode de vie révèle une éducation « petit-bourgeois ». Ils ont intégré comme valeur l'attention à l'autre, à l'opposé de ce que génère bien souvent les vies marquées par la survie dans la pauvreté. Les usagers plus âgés, venant de milieux défavorisés, sont souvent victimes d'autres logiques : « *les pauvres se volent entre eux* ».

Ces usagers plus jeunes semblent moins attirés par les signes de la consommation, soit parce qu'ils ne se sont jamais sentis « dans le besoin », soit parce qu'ils ont eu la possibilité de se construire autour d'autres valeurs que l'accumulation et l'apparence, notamment la vie communautaire et le plaisir du voyage.

Ils pratiquent des formes diverses de polyconsommations, associant l'injection, mais peu fréquemment. Ils peuvent consommer du speed ou de l'héroïne sans être apparemment dans des conduites de dépendance. Rares sont ceux qui suivent un traitement de substitution. Quand c'est le cas, il s'agit plutôt de sulfate de morphine. Ils sont peu usagers de cocaïne, en raison des coûts et des difficultés relationnelles qu'elle peut induire dans le groupe. La cocaïne n'est d'ailleurs pas considérée comme un « produit de voyage ». Quand elle est utilisée, elle n'est pas fumée en free base, car cela suppose un savoir technique et une culture du crack qui ne semble pas être répandue à Marseille⁵.

Ce groupe recherche la sociabilité autour de l'usage, qu'ils appréhendent comme un support de socialisation, d'acquisition de connaissances et de compétences techniques et relationnelles.

Les usages s'inscrivent dans une dynamique collective, partie intégrante du rituel de consommation. Cette sociabilité élevée peut entraîner, comme dans tout groupe, des phénomènes de minimisation des risques sanitaires et sexuels, avec par exemple la réutilisation du matériel d'injection. La convivialité autour de la prise de produits favorise également la constitution de couples ou « binômes utilitaires », qui se forment pendant un temps plus ou moins long : ces binômes permettent de faire face à la précarité matérielle, économique, relationnelle ou psychologique. Les échanges pratiqués sont d'ordre matériel (troc, don de vêtements, de nourriture, de matériel d'hygiène...), ou centrés sur les produits, mais sont aussi d'ordre informationnel, sur la débrouille (accès aux services sociaux, aux lieux de récupération de nourriture...), ou encore d'ordre symbolique, portant par exemple sur la transmission entre anciens et plus jeunes (Cf. supra).

Leur fonctionnement permet à certains de se charger de fournir le groupe en matériel d'injection et de ramener le matériel usagé, ce qui semble effectué très régulièrement et même si ce n'est pas aisé à pratiquer.

Les pratiques liées à l'injection

Il n'est pas fait état de grands changements dans les pratiques d'injection. Un CAARUD signale une augmentation du nombre de seringues données dans le cadre du travail de rue, le nombre d'injecteurs reçus au siège étant plutôt stable. Cette augmentation *extra muros* peut être rapprochée d'autres observations : l'accroissement très probable de la fréquence de la consommation de Ritaline® chez ceux qui en consomment (il y aurait peu de nouveaux usagers) et l'apparition parmi les personnes rencontrées dans la rue de jeunes primo injecteurs d'autres produits.

Il y aurait donc une sollicitation de populations « nouvelles » pour du matériel d'injection. Cette observation doit être mise en lien avec un élément de contexte très important du point de vue de la réduction des risques. Les intervenants et les usagers ont le sentiment d'une saturation d'informations, notamment sur les risques liés à la préparation des produits, alors qu'en réalité peu de personnes ont un réel savoir faire. En effet, toutes les poudres ont une grande diversité d'aspect, de façon d'être utilisées, et les actes préparatoires à la consommation peuvent s'effectuer au détriment de la réduction des risques. Cette situation paradoxale a été pour partie à l'origine des formations aux risques liés à l'injection, initiées par le comité de pilotage institutionnel et associatif départemental de la réduction des risques. Ces formations, renouvelées chaque année, sont destinées aux intervenants des CAARUD, des équipes de rues et autres acteurs de première ligne (hébergement,...) pour les rendre aptes à transmettre les savoirs et techniques propres à la prévention des risques sanitaires.

Un exemple des difficultés rencontrées par les acteurs au contact des usagers, liés à des représentations négatives ou des savoirs faire non acquis : l'usage du Stérifilt®. Celui-ci est considéré comme difficile à utiliser, et il retiendrait une partie du produit (le fait d'obtenir une solution plus claire qu'avec le coton est souvent indiqué comme preuve). Le fait de ne pas pouvoir - ou savoir - le réutiliser comme le coton a en plus une répercussion sur le mode de gestion du produit, en particulier entre pairs, ou durant les périodes de pénurie. La pratique est de stocker les cotons et, lors des manques de produit, récupérer des traces dans les cotons et éventuellement les partager. Les cotons, au contraire du Stérifilt®, peuvent ainsi devenir des objets de troc ou de don dans les relations entre pairs.

⁵ La préparation du free base, nécessitant plusieurs opérations délicates difficiles à accomplir dans l'espace public, se déroule en espace privé, et échappe en partie aux observateurs TREND en milieu urbain. En teuf, la pratique serait mieux connue du fait que les usagers peuvent bénéficier d'un espace privé, préservé (leur camion ou leur voiture), nécessaire pour cette forme de consommation.

Par ailleurs, certains usagers qui ont l'habitude d'utiliser des cotons, disent que l'effet ressenti, lorsqu'ils utilisent le Stérifilt®, est atténué. Des usagers de Ritaline® du milieu urbain marseillais, en situation de grande précarité, filtrent très rarement le produit avec Stérifilt® : cet outil n'est pas pratique à utiliser lorsque l'on veut s'injecter rapidement dans la rue : le processus est lent et nécessite plusieurs passages, un support plat pour poser le Stéricup® et filtrer. Un usager témoigne néanmoins avoir résolu ce problème en mettant en œuvre une technique personnelle de filtrage du Skénan® (Cf. *paragraphe dédié*).

Le Stéricup® en revanche convient aux usagers, et l'adhésion à cet outil s'explique par son intégration depuis des années dans les rituels de consommation.

La consommation détournée de médicaments psychotropes

La consommation détournée de médicaments reste une des caractéristiques dominantes des pratiques marseillaises.

Les motivations à cette consommation, pour un public très précarisé, sont difficiles à interpréter. Il est souvent question de personnes qui connaissent des épisodes de souffrance psychique ou ont déclenché une pathologie psychiatrique. Ce public, très « institutionnalisé » et suivi en CSAPA et/ou en CAARUD, bénéficie d'un accès facilité aux TSO et aux services délivrés par les centres de soins. Il a souvent une histoire ponctuée par des prises en charge psychiatrique, associée pour certains à des expériences négatives, des échecs au moment de l'accueil et des séjours en hôpital. Ces expériences constituent un frein aux démarches de prise en charge psychiatrique et peuvent conduire à des pratiques d'automédication.

La situation de précarité, l'instabilité dans le logement et le mode de vie rendent également difficile un suivi régulier par un psychiatre. Les finalités de la consommation pour ce public, ayant des ressources financières très limitées, oscillent entre recherche de défonce et automédication : les produits prescrits par les médecins sont les seuls moyens de « se défoncer » qui soient à leur portée. Par ailleurs la recherche d'automédication n'est pas forcément consciente, ces personnes étant dans le déni de leurs problèmes : ils ont le sentiment de « mieux se gérer » quand ils sont « défoncés ». Ces pratiques sont souvent qualifiées de *border-line*, entre « défonce » et automédication.

D'autres finalités d'usages existent au sein des publics consommateurs principaux de médicaments psychotropes. Certaines sont peu fréquentes, comme la recherche des états d'inconscience, ou de « fermer le rideau ». Dans d'autres cas, et plus fréquemment, les benzodiazépines sont utilisées en régulation de leurs consommations principales d'autres produits, notamment la Ritaline® ou l'Artane®, en période de transition, ou vers la fin du mois.

Ceux qui consomment des médicaments sur ce mode n'en parlent pas, car se sentent « coupables » de détenir des produits de « seconde zone », à la place de ceux plus valorisés. La fréquence de consommation de cette classe de produits dépend en fait de la disponibilité et de l'usage d'un produit plus central, comme la Ritaline® ou d'autres produits.

L'accès aux médicaments psychotropes est variable. Certains usagers ont des prescriptions accumulant un grand nombre de molécules présentes, et il existe une forte disponibilité de médicaments dans le marché de rue.

Par exemple, une grande proportion de ceux qui suivent un traitement de substitution ont des prescriptions associées de benzodiazépines (surtout du Seresta®, Lysanxia®, et parfois du Valium®).

Les usagers sont souvent en demande de soutien auprès des professionnels, pour se donner des cadres et réguler les prises. En effet, au-delà de trois molécules associées, l'usager perd ses repères habituels, ne sait plus ce qu'il fait. Un des objectifs des consultations des centres de soins est de procéder à une mise à plat avec l'usager et de réintroduire un peu de cohérence dans certaines ordonnances, faire revenir la personne à l'usage correspondant à l'AMM (dosage, symptomatologie), et si nécessaire l'engager vers des sevrages pour certaines spécialités.

Des médecins spécialisés en addictologie signalent le peu d'attention portée par des médecins généralistes ou des psychiatres à la problématique des comorbidités psychiatriques et addictologiques. Il est souvent constaté que les approches thérapeutiques séparent les prises en charge en addictologie et en psychiatrie ; la question de l'usage problématique des benzodiazépines est rarement considéré dans les prises en charge de patients ayant des problématiques psychiatriques, à

l'inverse de qui est pratiqué lorsqu'il y a un traitement avec la BHD. Ce fait est peut être lié au statut de ces produits, qui sont des médicaments prescrits, et pas considérés comme des drogues.

Trafic et revente des drogues à Marseille

Courant 2010, la Ville de Marseille a connu une recrudescence d'épisodes violents liés aux conflits de territoires pour la gestion de points de vente de cannabis ou d'autres produits, notamment la cocaïne. La brigade des stupéfiants rappelle les 19 morts de l'année, liés au trafic de stupéfiants et causés par des trafiquants violents et souvent armés.

Une trentaine de cités, au cœur des quartiers populaires de la Ville, sont très concernées par ce phénomène. L'augmentation inquiétante de l'organisation de ces réseaux de revente génère des sentiments d'inquiétude et d'insécurité dans la population, quand bien même cette économie profite pour partie à la population. L'organisation est très ramifiée, puisque « tous les quartiers de Marseille » disposent de points de redistribution.

Ces réseaux vendent du cannabis, une minorité de la cocaïne, et/ou de l'héroïne. Les deux principaux produits issus de ces trafics, et retrouvés chez les usagers de Marseille sont le cannabis et la cocaïne. Selon le laboratoire interrégional de la police scientifique, 90% des analyses concernent ces deux produits. Pour ce qui concerne l'héroïne, il n'y a pas eu de saisies importantes, à signaler néanmoins deux saisies au centre ville de 100g chacune, de l'héroïne brune à plus de 80%.

Le trafic génère des phénomènes de violence, qui est à l'image, caricaturale et extrême, de la violence dans les rapports humains et sociaux actuels. La manifestation d'agressivité est banalisée par des médias, au cinéma, dans les jeux vidéo. Les prises de risques sont peu conscientisées, donc les passages à l'acte plus fréquents ; pour ceux qui sont dans le trafic au niveau plus bas, les escroqueries et conflits entre petits revendeurs pour quelques barrettes sont fréquents, et leur situation personnelle peut s'apparenter à des formes d'esclavage.

Le trafic de cannabis et de cocaïne est assuré par des réseaux qui sont gérés comme des entreprises très hiérarchisées et structurées, similaires aux légales, la violence et le « capitalisme sauvage » en plus. Le trafic s'est professionnalisé, par rapport aux années précédentes, notamment au regard de celui d'héroïne : absence d'usagers revendeurs, mais des businessmen qui gèrent un marché soumis à une demande en extension, selon les services de police et de justice.

Le trafic alimente un marché d'usagers qui savent de mieux en mieux connaître les « bons plans ». Ceux-ci doivent avoir plusieurs qualités :

- sécuriser la vente : protéger la transaction de toute agression (des jeunes ayant tenté de voler des clients ont été tabassés par des dealers) et rassurer le consommateur et le fournisseur de tout risque d'intervention de la police (guetteurs)
- assurer un bon rapport qualité/ prix : la concurrence est forte et les risques de perdre des clients par des « arnaques » est de plus en plus pris en compte par les trafiquants ; certains proposent plusieurs qualités avec prix en rapport, tarifs dégressifs, pour fidéliser leurs clients.

Il est important de souligner que le consommateur de cannabis essentiellement, mais aussi de cocaïne, a aujourd'hui plus qu'avant le sentiment d'avoir le choix du lieu, possibilité qui était moindre dans les périodes précédentes. Ce phénomène ne peut pas se généraliser : à côté de ces cercles capables de discuter de la provenance, de la qualité, il y a toujours, situés au bas de l'échelle sociale, des usagers qui n'ont pas les moyens économiques, psychiques ou les ressources relationnelles nécessaires pour accéder aux produits les plus habituels et qui accèdent au plus mauvais de la gamme, et souvent à des prix élevés.

Concernant les villes moyennes du département, le trafic de cannabis est alimenté par des sources marseillaises, la vente d'effectue essentiellement par l'intermédiaire de revendeurs en cités ou à proximité de discothèques.

C'est le cas également de villes plus éloignées, comme Brignoles, Manosque, Toulon,..., qui sont prospectées par des revendeurs de cannabis mais aussi de cocaïne, venant de Marseille, à la recherche de relais pouvant assurer l'approvisionnement aux usagers de ces villes.

Cette stratégie de prospection pourrait être liée à un phénomène de saturation du marché à Marseille. En tous les cas elle contribue à l'extension de la consommation de la cocaïne, entre autres, dans des zones jusqu'alors moins concernées.

Publics usagers de produits psychotropes

Difficultés dans la prise en charge des publics précaires

On estime qu'entre un tiers et la moitié des usagers problématiques⁶ sont pris en charge par le dispositif de soins spécialisés⁷.

On peut légitimement se questionner sur les usagers « hors dispositif ». En effet, il s'agit d'un nombre important de personnes potentiellement susceptibles de s'adresser au dispositif de soins mais qui ne le font pas. Par ailleurs, au delà de ce deuxième cercle, constitué d'une population plutôt en difficulté, il existe une autre population qui consomme elle aussi des substances illicites autres que le cannabis, mais qui ne se considère pas en difficulté avec ses consommations. Elle ne semble pas l'être, gérant celles-ci de manière plus ou moins compatible avec ses activités sociales⁸.

Un aspect de ce problème a été évoqué cette année à Marseille ; il concerne le suivi de gens qui n'ont pas une vie régulière. Les structures marseillaises se disent insuffisamment organisées pour traiter médicalement des gens qui n'ont pas de logement stable ou sont sans papiers. Les jeunes itinérants sont particulièrement concernés par cette question de l'accès aux soins, mis en difficulté du fait de leur style de vie. Jusqu'en 2009, ils étaient peu nombreux et n'étaient qu'en transit sur Marseille durant la période estivale, avant de repartir vers d'autres villes (en fonction des événements festifs, des petits boulots saisonniers,...). Or, depuis deux années, ce public est plus fréquemment rencontré à Marseille, au-delà de la période estivale. Il y a une majorité d'Italiens et de gens du Nord et de l'Est de la France. Contrairement à ceux qui viennent du Maghreb, leur envie n'est pas d'accéder à un mode de vie normatif, mais plutôt de revendiquer un mode de vie alternatif, éloigné de la sédentarité et du salariat régulier.

Se pose à eux également le problème de l'accès aux structures, qui ne sont pas organisées pour accueillir un public qui est souvent accompagné de chiens. De fait, l'accès aux traitements VHC, aux structures d'accueil de jour et d'hébergement est très problématique. A Marseille, une seule structure est connue comme acceptant les chiens ; dans d'autres lieux, des chenils existent mais les usagers restent méfiants et ne les utilisent pas. Un jeune usager témoigne de sa situation : il a trois chiens dont il ne peut pas se séparer, il n'a aucune solution d'hébergement stable, bien qu'à un stade avancé de pathologies liées au VHC. La vie en squat ne permettant pas l'observance des traitements, il est actuellement en échec thérapeutique.

Les usagers des squats, bien que précaires, ne sont pas comparables avec ceux qui, étant SDF ou en squat de survie, fréquentent les CAARUD. Les premiers fréquentent ces lieux uniquement pour le matériel d'injection stérile mais ne recherchent pas d'hébergement. Quand elles ont le souhait de se soigner, ces personnes n'ont souvent pas envie de changer de mode de vie itinérant de squat en squat, ni de se séparer de leur(s) chien(s), car ceux-ci ont deux fonctions : ils les protègent de la violence de la rue (exercées par d'autres personnes sans domicile ou des personnes qui les prennent pour « défouloir ») et leur apportent une sécurité affective.

Un CAARUD fait le constat de la nouvelle présence d'usagers précaires à Marseille, rencontrés à l'occasion du travail de rue, qui ont moins de 25 ans et sont souvent injecteurs.

La quasi-totalité de ce public consomme de l'alcool, du cannabis et au moins un autre produit, souvent de piètre qualité et acquis pour un prix excessif, si on le compare aux produits consommés par des personnes mieux insérées socialement. Leur consommation est fortement dépendante des moyens économiques dont ils disposent, essentiellement des aides sociales, qui leur permettent des achats en

⁶ Par usager problématique, l'OFDT entend des usagers actuels ou potentiels des systèmes de soins, ayant utilisé au moins une fois au cours du dernier mois des opiacés, des stimulants (cocaïne, amphétamines,...) ou des hallucinogènes.

⁷ Selon l'enquête NEMO, menée en 2005 à Marseille, on estime à 7 800 le nombre d'usagers problématiques dans les Bouches-du-Rhône, dont 5600 à Marseille. Par ailleurs, 4131 personnes ont utilisé les services d'un CSST départemental, en 2008, et 3400 bénéficient d'un TSO. Sources : Focus juin 2009, OFDT ; et base ILIAD, OFDT

⁸ Voir à ce sujet une étude spécifique de TREND : Carrières de consommations de cocaïne chez les usagers « cachés » Catherine Raynaud-Maurupt, Emmanuelle Hoareau,, 2010, OFDT.

début du mois. Pour la suite la consommation est constituée presque exclusivement des médicaments prescrits par un ou des médecin(s).

La tendance est de consommer plutôt des psychostimulants, qui assurent le besoin de veille/vigilance et d'agressivité nécessaire pour survivre dans la rue (de la cocaïne, des amphétamines, de la Ritaline®) à la différence des produits qui endorment ou « assomment ». La consommation d'alcool reste dans leur cas particulièrement élevée, puisque les stimulants réduisent la sensation d'ivresse, à la différence des opiacés, qui sont moins appréciés car accentuent l'effet dépressif de l'alcool.

Ces modes de consommation restent liés aux possibilités d'accès à certains produits (moyens pécuniaires et connaissance des réseaux).

Usagers et troubles psychiatriques

Certains intervenants de centres de soins considèrent que le repérage des personnes ayant des troubles psychotiques est mieux effectué, plus précocement aussi, grâce souvent à leurs pairs. Les prises en charge sont donc plus précoces et évitent également le « tout pharmacologique ». La démarche des médecins a évolué : les psychiatres ont une démarche moins systématiquement idéologique (avec tendance à voir de la pathologie partout), plus observationnelle, pour mieux distinguer la pathologie du trouble et travailler avec la personne sur le choix du traitement.

Le diagnostic devient un moment clé, où la prudence engage à ne pas dériver trop vite de l'observation d'un trouble à la déclaration d'une pathologie, mais aussi de ne pas sous estimer le risque d'évolution vers la démence. Des usagers risquent d'être considérés comme des malades mentaux alors que les troubles de la pensée et du jugement qu'ils présentent sont liés à l'usage chronique de produits, notamment d'alcool, et à la dénutrition.

Des médecins remarquent qu'il y a encore une insuffisante attention à la problématique des comorbidités psychiatriques et addictologiques. 60% des comorbidités psychiatriques chez les usagers sont des troubles anxio-dépressifs (donc donnant lieu à des prescriptions de benzodiazépines). Pour ces personnes, la consommation de ces produits peut être une tentative de recomposition de soi mais signifier aussi une démarche d'intoxication, pour la recherche d'un endormissement, notamment chez les psychotiques. Chez ces personnes, l'ivresse peut souvent être pathologique, avec risque de conduite dangereuse pour autrui ou pour soi-même.

En général, les personnes psychotiques ont une pathologie de la relation à l'autre mais ont parfaitement conscience du caractère illicite du trafic ou de l'usage de certains produits, et sont des grands demandeurs de prescriptions. Ils ont une attitude différente par rapport à certaines substances qui avant n'étaient pas utilisées, mais qui maintenant sont devenues très consommées. Ainsi, dans les années 70, les personnes schizophrènes disaient qu'elles éprouvaient des difficultés avec le cannabis, du fait de ses effets délirants. De fait, apparaissait une sorte d'incompatibilité entre la schizophrénie et le cannabis, courante pour l'époque. Aujourd'hui, nombre de psychotiques consomment du cannabis à des niveaux très élevés (au rythme de 20 à 25 joints par jour) ce qui augmente les manifestations de délires. Cette observation semble fréquente, en particulier chez des usagers suivis aux Baumettes.

Même phénomène constaté pour l'Artane® : dans les années 70, les patients n'en prenaient pas, pour des raisons d'inconfort. Aujourd'hui, de nombreux psychotiques en consomment, pour rechercher l'oubli.

Usagers en milieu carcéral

Sur les mille personnes de la file active du CSAPA en milieu pénitentiaire qui ont été repérées dans l'année comme ayant un usage problématique de produits (dont l'alcool), 70% n'ont jamais eu de contact avec le dispositif spécialisé. Seuls une quarantaine de personnes maintiennent ou ont acquis une pratique d'injection durant le temps d'incarcération.

L'incarcération liée à l'alcool est essentiellement due à des violences familiales, routières ou de voie publique. Elle donne l'occasion à des personnes qui « passent à côté » du système de soins de s'engager éventuellement vers une prise en charge de leurs problèmes d'alcool. Elle permet également d'identifier des consommations associées de médicaments psychotropes, qui sinon seraient ignorées. Mais l'évidence du problème alcool, qui est évoqué de prime abord, peut minimiser

la question des usages des benzodiazépines. Ceux-ci dépassent souvent l'AMM ; il s'agit de Rohypnol®, une forte proportion de personnes avec Rivotril®, par contre peu ou pas du tout de Ritaline®, les publics des Baumettes ne faisant pas partie des cercles actuels de consommateurs de ce dernier produit.

On peut distinguer deux profils : des personnes alcoolodépendantes avec usage exclusif ou quasi exclusif d'alcool, et des personnes qui ont une alcoolisation fréquente associée à la prise de benzodiazépines et qui présentent un risque d'évolution vers la dépendance à l'alcool. Souvent chez les personnes alcoolodépendantes, la consommation de benzodiazépines, qui dépasse vite les dosages prescrits, a été introduite par le médecin, en lien avec une tentative de sevrage, ou avec un traitement de la dépression.

On signale la présence d'autres substances en prison, comme des anabolisants.

Le produit de substitution aux opiacés, pour les usagers des Baumettes, est très majoritairement la BHD. Lors de la sortie, la poursuite des prescriptions n'est pas toujours facile, du fait de ruptures dans les droits en tant qu'assurés sociaux, et de difficultés dans la coordination et le suivi du parcours de soins.

▪ Espaces urbains hors Marseille : un accès au matériel de RDR fragilisé par l'isolement des usagers.

Dans les villes aux alentours de Marseille, comme dans l'ensemble des communes du département les discours des acteurs locaux sur les phénomènes liés aux drogues (signalements, visibilité de la consommation, commerce,...) sont de plus en plus prégnants.

Ces territoires sont le lieu d'implantations de différents services de soins et de prévention (un CAARUD à Aix, itinérant à Salon, des CSAPA à Aix, Salon, Arles, Martigues, des microstructures). Ils sont également le lieu d'intervention, en prévention et sur la répression du trafic, de l'Unité de prévention de la Police nationale et de la brigade de prévention de la délinquance juvénile de la Gendarmerie Nationale (BPDJ) qui interviennent auprès des jeunes, des parents, du grand public et des élus sur ces questions de prévention et d'information.

Les collégiens et les lycéens parlent de plus en plus souvent de cocaïne lors des interventions de prévention. S'il semble avéré, pour les préventeurs issus de services de police, qu'environ 1 élève sur 10 en lycée est consommateur ou a minima proche de personnes usant ou revendant de la cocaïne, la plupart des jeunes parlent de ce produit, qu'ils connaissent par les média télévisuels ou par Internet mais sans l'avoir jamais essayé. En effet, l'expérimentation et la consommation régulière concerne des 16-20 ans. L'héroïne est également évoquée : on connaît les endroits où elle se vend, mais sans passer à l'expérimentation, apparemment parce c'est un produit qui reste fortement stigmatisé. Au contraire, les intervenants d'un CAARUD pensent que la consommation d'héroïne (principalement de couleur marron) est en hausse, car ils constatent une augmentation de la distribution d'acide citrique⁹ chez des jeunes ayant 18-25 ans.

Les préventeurs des services de police ajoutent néanmoins qu'il est difficile d'estimer l'état de la consommation chez ces jeunes, qui vivent ces rencontres de prévention comme des occasions de se valoriser aux yeux des autres : de même qu'en matière de sexualité, on se plaît à croire qu'on a eu des expériences et que l'on connaît les drogues, et les frontières entre réel et fantasmes sont assez floues.

La consommation d'alcool chez les jeunes filles est considérée comme en hausse, ce qui est confirmé par le Baromètre santé 2010¹⁰ : on remarque une hausse des épisodes d'ivresse et des usages à risques d'alcool à la fois ponctuels et chroniques, plus marquée chez les jeunes filles âgées entre 18 et 25 ans qu'au même âge chez les jeunes hommes.

Ces jeunes usagers recherchent la transgression à travers l'utilisation de leur propre corps par la prise de drogues et les relations sexuelles, souvent associés. Plusieurs cas de viols ou tentatives de viols ont été rapportés, liés à des soirées donnant lieu à des pratiques sexuelles en groupe et filmées. En 2009, sur 250 dossiers de violence sexuelle, la BPDJ signale 30 cas concernant des pratiques sexuelles en groupe, lors de *skin parties* (du nom de la série qui les a inspirées).

Un CAARUD départemental qui rencontre un public de lycéens et d'étudiants dans des parcs ou à proximité d'établissements scolaires, signale que la consommation de cocaïne, de kétamine ou de GHB par des lycéens, est apparue dans le cadre de soirées privées ou de mini free parties locales.

Ces jeunes fréquentant des lieux festifs et consommateurs de produits ne sont pas particulièrement en recherche d'outils de réduction des risques mais sollicitent l'unité mobile pour des conseils ou de l'information lorsqu'ils ont pris des risques, notamment sexuels, ou lorsqu'ils s'interrogent sur les produits psychoactifs. Les préservatifs jouent un rôle de produit d'appel très utile. Quelques personnes remplissent une fonction d'usagers relais pour la réduction de risques : par exemple, un jeune homme, organisateur d'une soirée privée, est venu chercher des kit sniff à l'unité mobile.

Le fait que les usagers sont souvent accusés de générer des troubles à l'ordre public, dans des villes ou villages peu tolérants vis-à-vis d'eux et de leurs comportements, génère des difficultés pour rester en contact avec eux. Par exemple, un groupe assez nombreux de jeunes de 17 à 25 ans, usagers d'alcool et cannabis, fréquentant un skate-park d'une ville moyenne, en ont été éloignés suite à un arrêté municipal interdisant la consommation d'alcool dans ce lieu. Il a été difficile de maintenir le lien avec eux, le groupe s'étant dispersé.

⁹ L'acide citrique est utilisé pour dissoudre l'héroïne afin de l'injecter. L'acide ascorbique peut également être utilisé.

¹⁰ Beck F., Guignard R., Richard J.-B. (INPES), Tovar M.-L., Spilka S. (OFDT), Tendances n° 76, OF DT, Juin 2011

Dans les villages du département, nombre de jeunes disent souffrir d'isolement et de désœuvrement : une des solutions aujourd'hui classique est de se rendre en free-partys, activité pratiquée régulièrement, et qui les amène parfois jusqu'en Italie et en Espagne.

Ceux qui ont été initiés à l'utilisation des drogues par voie injectable rencontrent parfois des situations difficiles, pour trouver du matériel stérile, accéder à des soins liés aux injections, ou interrompre cette pratique. En effet, la pratique d'injection entraîne souvent de l'isolement : initiés par une personne, pair ou ami très proche qu'ils ne côtoient parfois plus, ne consommant pas dans le cadre d'un groupe de pairs injecteurs dont ils pourraient solliciter les compétences et les savoirs, leur isolement s'accroît.

Le CAARUD départemental rencontre également des usagers venant de quartiers populaires, consommateurs de cannabis, alcool et, dans une moindre mesure, de cocaïne. Certains sollicitent l'unité mobile pour des préservatifs, notamment lorsqu'ils partent en week-end à la frontière espagnole, dans des établissements de nuit, souvent lieux de prostitution.

Des difficultés spécifiques à la prise en charge médicale des personnes usagères de drogues existent, liées au statut de l'usage de drogues dans les petites villes. Les structures spécialisées sont peu présentes, quasi inexistantes, en dehors des principales villes et les professionnels non spécialisés sont peu formés au soutien des personnes qui veulent mieux gérer ou cesser leur usage. L'approche des soignants reste d'ailleurs souvent centrée sur les problèmes d'usage d'alcool et les orientations s'effectuent vers la psychiatrie.

▪ Espace festif

Définition des espaces concernés

Deux milieux festifs entrent dans le champ de l'enquête :

- le milieu festif alternatif, dans lequel sont observés les usages de produits dans les free parties, les 'petites teufs', les teknivals, légaux et illégaux, les soirées en squats,
- le milieu commercial, dont les observations concernent les usages dans les raves parties, les festivals et les discothèques.

Nous avons choisi de conserver la distinction dans ce rapport, entre ces deux milieux, bien qu'il y ait souvent des chevauchements entre les deux publics. Ces croisements sont plus fréquents depuis quelques années, les représentants du milieu techno alternatif « traditionnel » ayant entrepris d'organiser des soirées dans un cadre légal, laissant l'organisation des teufs illégales aux plus jeunes, sauf en certaines occasions où des grands événements sont organisés.

Certaines observations concernent des consommations qui ont lieu dans des espaces privés, lors de fêtes ou événements organisés en appartement ou à l'extérieur.

Les citations d'usagers, avec lesquelles le texte est enrichi, sont extraites d'entretiens et de discours informels conduits par les responsables d'observation ou par le rédacteur de ce rapport.

Le milieu festif : des temps de rencontre privilégiés et plus fréquents en contraste avec le retour des free parties.

En 2010, des free parties et des teknivals ont été organisés très fréquemment dans les environs d'Aix, Avignon, Marseille, parfois en même temps. Certaines manifestations sont organisées par des jeunes qui, avec un matériel et une technicité médiocres, diffusent une musique de piètre qualité. Ces fêtes, que ses organisateurs qualifient de « calages entre potes », sont des « teuf » à part entière. L'information sur leur lieu et date est diffusée par Internet.

En général, les fêtes semblent avoir été plus fréquentes que lors de la période 2007-09. Si la plupart ne dépassent pas le seuil des 500 participants, les associations marseillaises de RdR qui interviennent en milieu festif alternatif évoquent également le retour des free parties avec un public plus important : 1000, 1500, jusqu'à 3000 personnes sur deux jours.

Des fêtes illégales d'une telle ampleur avaient quasiment disparu dans les années qui ont suivi « l'amendement Mariani » (2001).

Les relations entre les associations qui interviennent en milieu festif et les forces de l'ordre se sont apaisées au cours de cette année, ce dont témoignent les deux parties. Les procès verbaux auraient été moins nombreux¹¹.

Il semble que ces fêtes ne posent plus autant de problèmes aux services de sécurité publique et les préoccupations de trouble à l'ordre public, comportements dangereux,... sont concentrées sur les fêtes « organisées » ou les rassemblements sur la voie publique (places, plages, ...) donnant lieu à des consommations importantes, essentiellement d'alcool.

La consommation de produits se développe dans des environnements plus intimistes, en appartement ou en pleine nature. Ces moments sont distingués des « apéros » de la semaine, où peuvent être consommés d'autres produits que l'alcool et le cannabis mais en quantité restreinte, ainsi que des « débuts de soirée » préalables à une sortie dans un lieu festif. Ainsi, les usages de produits y seraient identiques à ceux pouvant avoir lieu dans des événements festifs de type rave, free-partys, discothèques, concerts. Cet usage dans un entre soi se développerait notamment dans un contexte où la sortie festive est perçue comme trop chère au regard de ses ressources financières. Il reste

¹¹ Au cours des années 2007 et 2008, des associations de RdR en milieu festif avaient été verbalisées souvent pour fait de circulation sur des voies d'accès interdits ou réglementés (chemins forestiers,...). Ces questions étaient remontées au comité de pilotage départemental des actions de RdR.

cependant difficile ici de savoir s'il s'agit d'une tendance émergente ou d'un phénomène qui n'avait pas été observé jusqu'à l'année dernière.

Les usagers en milieu festif : un public féminin de plus en plus présent.

Les caractéristiques générales des usagers sont analogues à celles relevées dans le rapport 2009. On ne peut guère observer de différences importantes parmi les usagers d'une année sur l'autre.

La tranche d'âge des publics rencontrés est assez large, de 16 à 50 ans, mais la majorité a entre 20 et 30 ans. On estime que la moitié est âgée de 20 à 24 ans. Cette répartition des âges peut varier selon la musique diffusée, ainsi que la localisation de l'évènement : la facilité d'accès de ceux du centre ville ou qui en sont peu éloignés et la diffusion d'une musique plus « dure » (hardtek-harcore-frenchcore-...) favorisent la présence de personnes de moins de 20 ans ou mineures.

Une légère différence réside dans la proportion hommes/femmes entre l'espace commercial, où la présence masculine est parfois équivalente à celle des femmes, et l'espace alternatif où elle est nettement plus importante – même si la présence des femmes augmente constamment depuis quelques années. Par contre dans les deux espaces, il semblerait que l'on assiste à une nette féminisation dans la tranche d'âge des 18-25 ans.

La grande majorité du public participant à ces soirées est dans une situation sociale et sanitaire satisfaisante, du moins stable : études et/ou activité professionnelle, logement personnel ou parental, couverture sociale. L'activité professionnelle peut être discontinuée du fait de l'occupation d'emplois à durée courte (CDD, intérim, saisonnier, intermittent). Dans l'espace alternatif, les « travailleurs » représentent un petit nombre de personnes, âgées entre 25 et 35 ans pour la plupart et qui alternent le plus souvent des périodes d'activité professionnelle et de chômage.

Dans l'espace alternatif, dont l'accès est plus facile d'un point de vue financier ou vestimentaire, on rencontre également des personnes, principalement des hommes, en situation de précarité sociale et sanitaire qui ne rentrent pas dans la catégorie des « travailleurs ». Les structures de première ligne de l'espace urbain peuvent les rencontrer dans leurs locaux, en free-partys ou en squat ou dans la rue. Agés de plus de 25 ans, ils vivent des minima sociaux et de petits boulots ; souvent injecteurs ou anciens injecteurs, ils suivent parfois un traitement de substitution. Agés de moins de 25 ans, n'ayant donc pas accès au RSA et ayant rarement droit à des allocations chômage du fait qu'elles n'ont pas ou pas assez travaillé, ces personnes sont souvent en rupture de liens familiaux, sans logement fixe et ont généralement des pratiques d'usage très à risques et souvent quotidiens (polyconsommation, avec usage de la voie injectable, du freebase) – elles sont désignées par le terme de « jeunes itinérants¹² ».

Dans l'espace commercial, le public est relativement plus hétérogène sur le plan social et culturel que dans l'alternatif : on rencontre plus souvent des personnes issues des milieux les mieux pourvus en capital culturel et économique et des milieux les moins bien pourvus. De même, la diversité des origines géographiques et des orientations sexuelles y semble plus grande.

Rajeunissement des publics rencontrés dans l'espace festif

L'affirmation que les usagers de drogue observés en espace festif « sont de plus en plus jeunes » doit, comme c'est le cas en milieu urbain, être interrogée.

Selon tous les professionnels interrogés, la présence d'une importante quantité de jeunes, dont des mineurs, dans les milieux festifs continue à se développer cette année. Lors d'une rave organisée dans l'agglomération marseillaise, une forte proportion de mineurs était présente, rarement observée. Il faut noter que, selon les informateurs présents, très peu de jeunes semblaient avoir pris des produits, hors alcool et cannabis ; néanmoins la participation de ces jeunes novices à ces fêtes peut se traduire par des expérimentations de produits.

Comme l'avait évoqué le rapport TREND 2009, le rajeunissement apparent des usagers peut également résider dans une augmentation de la visibilité des plus jeunes, toujours présents dans les

¹² On préfère utiliser le mot « itinérants », plutôt que celui d'« errants », du fait des connotations négatives liées au deuxième terme.

espaces festifs techno, mais cette fois ci en groupes, et plus autonomes par rapport aux participants plus âgés. Cette autonomie est liée à l'évolution de l'accès aux lieux festifs, à la médiatisation et la banalisation de la musique électro techno. Ces lieux, investis depuis des années par des organisateurs de free parties ou de raves, sont aujourd'hui connus par des personnes résidant à proximité, sans qu'il soit nécessaire aux profanes de connaître des initiés pour s'y rendre, de sorte que de nombreux adolescents connaissent l'existence des free parties et les utilisent comme but à leurs sorties. Par ailleurs, il faut remarquer le rôle d'Internet dans la diffusion au grand public des informations sur les lieux et dates auxquelles ces fêtes sont organisées.

Ces jeunes ne sont plus initiés et encadrés par des personnes plus expérimentées et évoluent, dans l'espace festif techno alternatif comme dans le commercial situé en zone urbaine, plus souvent qu'auparavant entre eux. Ceci est en partie dû à la moindre présence des générations de participants précédentes (ceux qui ont la trentaine et plus) et la diminution des interactions entre usagers ayant des niveaux de connaissance des produits et des risques très divers. Ce phénomène de scission des âges est alimenté par la recherche, pour les plus âgés, d'événements diffusant une musique moins structurée par la rythmique des basses et où le risque d'une intervention policière est moindre (événements rassemblant moins de 500 participants). Toutes ces évolutions ne sont pas récentes, les prémisses datant, selon le rapport TREND 2009, des années 2003-2004.

Cette tendance à la distinction est à prendre en compte particulièrement dans les villes du département et aux alentours de Marseille, où l'on signale des consommations de cocaïne, kétamine et GHB par des lycéens dans le cadre de soirées privées ou de free parties. Il est fait état également de l'augmentation de l'usage d'alcool chez les jeunes filles, et du développement de soirées de type « skin parties », en particulier dans des zones socialement favorisées.

Jeunes itinérants : l'enjeu du maintien du lien social

On remarque cette année l'évolution d'une tendance observée en 2009. Des personnes, âgées de 20 à 30 ans (mais la majorité a moins de 25 ans), sans logement fixe, travaillant comme saisonnier ou vivant des petits boulots de quelques jours ou quelques heures, commencent à s'installer dans la ville de Marseille et dans les zones urbaines périphériques.

Jusqu'en 2009 ces usagers étaient peu nombreux et n'étaient qu'en transit à Marseille, souvent durant la période estivale, avant de repartir vers d'autres villes. Leur nombre augmente et la plupart s'installent à Marseille, après la période estivale. Beaucoup sont Italiens et un petit nombre vient du Nord et de l'Est de la France. Contrairement à ceux qui viennent du Maghreb, ils n'ont pas pour projet d'intégrer un mode de vie normatif, mais sont plutôt dans la revendication et l'investissement d'un mode de vie alternatif qui n'est pas centré sur la sédentarité et l'activité professionnelle.

Ces « jeunes itinérants », qui sont souvent en compagnie de chiens, fréquentent les différents univers du festif alternatif, mais sans y être systématiquement présents.

Les intervenants font la distinction entre les « jeunes errants », qui représentent une minorité, et ceux qui sont « jeunes itinérants ». Les deux profils vivent au gré des opportunités et des rencontres qu'ils font, mais les premiers semblent subir ce que les seconds construisent et ont élaboré comme choix de vie. Les premiers sont en mal de repères dans l'espace, le temps, les relations aux autres : ils peuvent se retrouver derrière le stand de prévention sans avoir la notion que ce n'est pas leur place, ne plus savoir depuis combien de temps ils ont mangé, avoir du mal à se projeter dans le temps ou l'avenir. Souvent, ils « tombent dans la teuf par hasard » plus qu'ils ne viennent par curiosité pour ce type de fête et de sociabilité. Leur situation d'errance, de liens sociaux distendus, voire rompus avec la famille et les institutions, est ponctuée par des sorties en soirées techno. Aussi, les intervenants constatent que grâce à leur présence dans les fêtes, ils parviennent à maintenir le lien avec ces personnes, celles-ci revenant pour donner de leurs nouvelles ; les interventions de RdR réintroduisent de la continuité dans des parcours décousus.

Des usages à l'opportunité, sur des temporalités réduites

Les usages dans l'espace festif se distinguent de ceux de l'espace urbain par leur contexte de consommation et la façon dont ils s'insèrent dans un mode de vie. Les usages quotidiens, en quantité élevée qui tendent à structurer la journée autant que les autres activités ('petits boulots', mendicité, démarches, fréquentation des structures 'bas seuil'...) caractérisent plutôt les personnes observées dans et/ou par les structures de première ligne, le plus souvent en grande précarité - « jeunes itinérants », travellers.

Les usagers de l'espace festif restreignent généralement leurs usages de produits autres que l'alcool et le cannabis à des événements festifs de plus ou moins grande ampleur ou, de façon plus occasionnelle, à des soirées privées de célébration « *de n'importe quoi* ».

Ces consommations se font également dans le cadre d'un certain nombre de limites (quantité, type d'association, produits utilisés, voie d'administration, moments dans la vie personnelle...) que les personnes définissent, acquièrent, et adoptent au cours des interactions entre pairs, à partir d'un certain savoir collectif sur les produits et en fonction de leurs expériences personnelles des produits (HOAREAU E., 2005). Par contre, les associations de première ligne déplorent désormais le fait que les novices soient moins encadrés par des pairs plus âgés et plus expérimentés, qu'ils ne l'étaient dans les années précédentes.

Cette pratique d'usage festif a généralement peu d'impact sur la vie sociale et professionnelle des personnes, et, réciproquement, une vie sociale et professionnelle stable les soutient dans la gestion de leur pratique d'usage.

Toutefois, concernant les personnes qui ont une insertion sociale stable et riche, la régulation de l'usage reste relativement souple si l'on considère certaines micro dynamiques dans la prise de produits. Par exemple, le choix des molécules consommées est fortement lié à « la mode », autrement dit aux produits les plus en vogue parmi les usagers. On observe alors des phases de découverte et de diffusion de molécules jusqu'alors non utilisées. En effet, il n'est pas rare que les consommations se fassent à l'opportunité, en fonction des produits disponibles à la vente et circulant dans le groupe. Dans ces cas, les personnes consomment des produits qu'elles n'auraient pas spontanément pris si d'autres produits, qu'elles privilégient, avaient été disponibles ou si les personnes dont elles sont entourées n'en avaient pas consommé.

Il s'agit de l'expression d'un faisceau de dynamiques pouvant se juxtaposer : les contraintes du marché, l'envie de ne pas se distinguer de ses amis (qui vraisemblablement s'estompe avec l'avancée en âge et la prise de confiance en soi), la difficulté de refuser un don (transgression des règles de politesse dans la commensalité, qui ne sont pas spécifiques à la sociabilité autour des usages de drogues), le relâchement vis-à-vis des limites fixées dans son usage, les effets peu marqués, voire nuls, des produits déjà pris, un événement biographique, positif ou négatif, qui motive l'expérimentation ou l'association de produits.

Les substances consommées et les voies d'administration

En général, on n'observe pas de changements notoires dans la consommation de produits psychoactifs en milieu festif.

Les produits peuvent avoir une grande diversité d'aspect et donc de façon de les préparer, quelle que soit la voie d'administration. Le paradoxe est que si les usagers sont saturés d'information, notamment sur la préparation des produits, peu possèdent un réel savoir faire : l'apprentissage est rarement lié aux actions de RdR, mais plutôt à la pratique quotidienne, donc aux connaissances empiriques venant des pairs, qui, parfois, peuvent se baser sur de fausses certitudes : voir, par exemple, l'opinion des usagers sur le STERIFILT®, qui retiendrait une partie du produit filtré. Le problème se redouble avec le fait que les novices sont moins encadrés qu'avant par des pairs plus âgés et plus expérimentés.

Dans le milieu alternatif, les observateurs mettent en avant l'importante consommation de produits psychoactifs hallucinogènes et/ou stimulants. Ce type de substance reste le plus consommé, malgré le dosage aléatoire et les nombreux produits de coupe présents.

Si les usagers exclusifs d'alcool et/ou de cannabis ne fréquentent pas tellement l'espace festif techno, la consommation de substances psychoactives ne se limite pas au milieu techno alternatif. Des intervenants de RDR en festif soulignent que les usages de substances illicites s'observent sur des

festivals non spécifiquement techno mais où un minimum de concerts électro ou hip hop sont prévus. Enfin, il ne faut pas oublier l'usage de produits psychoactifs en contextes plus privés, évoqués supra.

Le milieu festif commercial de plus en plus concerné par le polyusage

Le panel des produits disponibles sur le marché des drogues influence les usages, et la polyconsommation s'est accrue au fur et à mesure de la présence croissante de nouveaux produits. Si pendant longtemps, l'espace festif alternatif a offert un panel plus diversifié de produits, ces dernières années, l'offre dans l'espace commercial, autrefois centrée sur la cocaïne et le MDMA, semble s'être diversifiée.

Les produits psychoactifs sont consommés seuls ou en association. Dans ce cas, ce sont souvent des combinaisons entre produits de synthèse, alcool et/ou cannabis, ou entre différents produits de synthèse, ou naturels, ayant parfois des effets antagonistes. Le polyusage est très pratiqué car il amplifierait différents effets selon les consommateurs. Les polyusagers réguliers décrivent la dimension ludique et exploratoire qu'est le ressenti des effets induits par les différents produits. Comme déjà remarqué dans le rapport 2009, il s'agit d'une « logique des sensations » (BOUHNIC P., TOUZE S., VALLETTE-VIALLARD C., 2002) que l'on pourrait décrire à travers la métaphore du manège du grand huit : chaque montée, descente, boucle, inclinaison, virage, induit des sensations spécifiques dont l'alternance, la répétition et la succession forme un tout que recherche l'usager sans savoir vraiment au préalable ce qu'il va ressentir. Les produits peuvent être mélangés pour rendre plus puissants ou pour adoucir leurs effets primaires ou secondaires mutuels, ainsi de gérer mieux une descente ou de ressentir des effets particuliers lors de la montée. Il s'agit d'une pratique qui est aussi une affaire d'expertise, parce qu'elle est liée à la capacité à accéder aux produits et à la connaissance des effets et de leurs combinaisons. Cependant, cette expertise ne protège pas le consommateur de tous les risques liés à la consommation.

Ainsi, de nombreux usagers rencontrés lors d'interventions en milieu festif techno alternatif déclarent qu'eux-mêmes ou leurs amis sont « tombés dedans » (l'héroïne) afin d'atténuer les sensations désagréables provoquées par la descente d'autres produits hallucinogènes ou stimulants, et l'un d'entre eux a dit avoir toujours à disposition dans son camion un flacon de Rivotril® en cas de descente « d'acide » difficile.

En général, c'est une affaire d'expertise, donc, la polyconsommation est liée à l'expérience et aux goûts acquis à travers elle pour tel ou tel produit. Tous les usagers n'utilisent pas tous les produits disponibles lors d'une occasion : ils préfèrent tel ou tel produit ou classe de produits ; ils peuvent exclure certains produits et voie d'administration de leur pratique. Ils ont tendance à privilégier certaines associations, à en exclure d'autres, parfois de façon systématique, parfois ponctuellement. Après une ou plusieurs mauvaises expériences, certains usagers peuvent ne plus en utiliser certains. J. (30 ans) nous raconte qu'« on avait pris du MDMA, du LSD, de l'alcool et de la beuh (herbe). Des hallucinations de fou, visuelles, sonores. Drôle au début, ça a mal fini : c'était trop. A un moment donné et on se demandait si on allait redescendre un jour. Je n'ai jamais retenté autant de produits à la fois. » et A. (24 ans) nous confie que « Avant je mélangeais : carton, alcool, shit et speed. Je sentais surtout les effets du Lsd boostés par le speed; mais c'était trop. Maintenant je ne prends plus de speed. »

Ces choix sont liés à la connaissance que les personnes ont des produits et à leur perception des prises de risques, mais également à leur état d'esprit du moment, aux personnes dont elles sont entourées à ce moment là, aux événements biographiques auxquels elles sont alors confrontées, ou au laps de temps qu'elles ont avant de remplir des obligations sociales (HOAREAU E., 2005). La perception que les sujets ont des caractéristiques physiques et sociales du contexte de consommation influe aussi sur leur choix des produits utilisés. Par exemple, une mauvaise ambiance peut décourager de nouvelles prises de produits ; les lieux fermés et confinés sont perçus comme inadéquats à la prise d'hallucinogènes ... Enfin, cette polyconsommation semble moins s'inscrire dans une logique de défonce au sens d'altération maximale de la conscience que dans une logique de façonnage des effets recherchés.

Ainsi, si l'on voulait identifier plusieurs sous groupes d'usagers comme on peut le faire dans l'espace urbain, les critères de distinction utilisés pourraient être ceux de la polyconsommation : l'étendue du panel de produits, les voies d'administration utilisés, en général et au cours d'une session de consommation, ainsi que la fréquence d'utilisation. D'autre part, ils pourraient également être ceux

proposés en 2008, à savoir la période socio historique de socialisation à l'usage, qui peut correspondre à une tranche d'âge particulière, et le contexte festif privilégié – toutefois, ce dernier critère ne semble plus avoir l'impact sur les pratiques d'usage qu'il avait jusque dans la première moitié de la décennie 2000 (HOAREAU E., 2005) du fait de la mobilité accrue des utilisateurs entre les différents espaces festifs.

Le sniff et l'ingestion comme modes de consommation privilégiés

La plupart des produits sont consommés par la voie nasale, notamment les poudres comme l'héroïne, la cocaïne et les amphétamines. Pour des produits comme la poudre de MDMA et, dans une moindre mesure les amphétamines, certains consommateurs préfèrent l'ingestion, car, bien que la montée soit plus rapide, la prise de produits par voie nasale peut être plus douloureuse.

Les usagers viennent sur les stands RdR spécialement pour obtenir des kits de prévention de type « roule ta paille » avant d'aller consommer. L'outil est bien intégré dans les pratiques : bien qu'il ait une image ludique (comme un « gadget »), il est très connu et considéré comme très approprié au sniff. Parmi les personnes susceptibles de l'utiliser, seule une faible proportion n'en connaît pas le mode d'utilisation : il s'agit principalement de personnes de moins de 25 ans. Les usagers comprennent très bien son utilité sanitaire, même s'ils ne font pas toujours référence à l'hépatite C, l'évocation du risque de contracter la grippe H1N1 ou de subir « la saleté d'un billet de banque » fonctionne aussi.

Les hallucinogènes, tout comme l'alcool, sont toujours ingérés, selon le mode classique.

Inhalation : des pratiques de RDR qui s'ancrent.

En milieu festif, le cannabis reste classiquement fumé.

D'autres produits peuvent être fumés mais demandent une pratique plus délicate, ce qui en fait une modalité plus rare. Les intervenants ne remarquent pas d'augmentation de la distribution de kit crack¹³, mais plus de régularité dans la demande de ce matériel.

Le kit crack en milieu festif est un outil de RdR qui donne aux usagers qui arrivent à la fête sans le projet de fumer de la cocaïne (donc sans les outils propres à cette pratique) la possibilité de trouver ce qu'il leur faut sans avoir à utiliser des outils contaminés, pas adaptés, voire dangereux vis à vis de la transmission de pathologies ou la survenue d'effets indésirables. L'utilisation d'une cannette de boisson pour fumer constitue un risque dans la mesure où elle peut être salie et, en chauffant, provoquer brûlures et microlésions aux lèvres, susceptibles de provoquer la transmission de virus.

Les observateurs ont également pointé le développement de la pratique appelée « chasser le dragon » connue pour l'héroïne mais utilisée aussi pour la MDMA. Cette pratique de consommation pourrait être l'occasion d'effectuer des « tests » par l'observation de la goutte et de la trace résiduelle après chauffage (couleur, odeur, saveur, consistance, présence de résidus). L'évolution de la diffusion de cette manière d'absorption, ont conduit les intervenants à distribuer du papier aluminium adapté à la consommation de drogue, sans produits chimiques nocifs à la combustion.

L'injection : une pratique très à risque pour les usagers les plus isolés

La pratique de l'injection des drogues ne connaît pas d'évolution notable, concernant le nombre de personnes rencontrées et la quantité de matériel distribué par rapport à l'année précédente. Par contre, la pratique d'injection est toujours aussi peu visible et d'ampleur difficile à estimer.

L'on peut raisonnablement penser que moins une pratique est visible, moins elle est répandue – la visibilité étant un signe d'acceptation sociale d'une pratique qui constitue elle-même un indice de sa diffusion. Par contre, la stigmatisation dont cette pratique est victime fait que certains usagers arrivent

¹³ Le kit crack se présente dans une enveloppe en plastique ; il est composé d'une pipe à crack (à élaboré à partir d'un doseur à pastis en verre) - trois embouts interchangeable en plastique - une feuille de papier aluminium adaptée à la combustion - deux STERICUP® - trois fioles d'eau stériles de rinçage des cailloux de free base - un mouchoir pour protéger la pipe des chocs et pour sécher les cailloux - un préservatif et du gel lubrifiant - deux tampons alcoolisé - une brochure contenant des conseils de RdR.

avec leur matériel, ne sollicitent pas les stands de RdR, et se cachent dans les camions ou dans la nuit pour injecter.

Les injecteurs rencontrés dans ce milieu ont rarement moins de 20 ans. Ils sont plutôt âgés de 25 à 40 ans. Cependant, l'ignorance de l'existence d'un PES ou le faible recours à un tel programme (peut être dû à l'absence de dispositif sur leur lieu de vie), la culpabilité d'injecter et la crainte d'un jugement de la part des intervenants, peuvent expliquer en partie la faible visibilité des plus jeunes injecteurs, qui deviennent des usagers cachés dans leur lieu de vie.

Pour ces injecteurs qui n'ont pas de contact avec de structure de RdR, « *l'espace festif devient un lieu d'accès au matériel et à l'information de RDR* » et de prise de contact avec le dispositif spécialisé.

L'injection dans l'espace festif concerne des groupes très particuliers, c'est-à-dire des usagers qui généralement ont le même profil que les très précaires plus âgés que l'on retrouve dans l'espace urbain. Ce sont souvent des personnes isolées, venant de zones non urbaines où l'accès au matériel de RDR est difficile, ou des personnes vivant sur un mode itinérant – voyageurs, « jeunes errants ». Cette pratique concerne aussi, mais plus rarement, des personnes bien insérées socialement, de plus d'une trentaine d'années, chez lesquelles le recours à cette voie d'administration peut être occasionnel (quelques fois par an) ou régulier (quelques fois par semaine).

Les usagers des zones rurales semblent être les plus en difficulté face aux dommages sanitaires liés à l'injection. Ils peinent à trouver du matériel stérile ou à cesser leur pratique. La raison en est qu'ils sont souvent isolés dans leur pratique d'injection. Ils ont été initiés par une personne (pair, ami-e) qu'ils ne côtoient parfois plus. Ils ne consomment pas dans le cadre d'un groupe de pairs injecteurs dont ils pourraient solliciter les compétences et les savoirs, et sont souvent éloignés des structures de réduction des risques.

La situation socioprofessionnelle de ces différents groupes d'injecteurs ainsi que leurs parcours dans la toxicomanie et dans l'utilisation de la voie injectable sont variés. Certains ont un long parcours dans l'injection ; d'autres sont devenus injecteurs occasionnels après l'avoir été de façon régulière ; d'autres encore injectent seulement en contexte festif mais ne précisent pas forcément la fréquence de leurs sorties festives.

Les produits injectés sont la cocaïne, la kétamine, le speed, l'héroïne, le Subutex® et d'autres médicaments. Il s'agit plutôt de polyconsommateurs, pour lesquels le geste prime sur le produit. En effet, lorsque le produit privilégié n'est pas disponible ce sera un autre qui sera injecté.

Les usagers injecteurs refusent rarement de prendre des Stérifilt®, mais leur utilisation dépend des produits consommés. En fonction du produit, certains préfèrent utiliser le coton ou le Stérifilt®. Pour les médicaments, quasiment tous les usagers préfèrent le Stérifilt® au coton. Les raisons de ce choix sont liées à des éléments de contexte. Ainsi, la procédure de filtrage avec le Stérifilt® est longue, ce qui pose problème en milieu festif où, selon les témoignages des usagers, l'injection restant mal considérée, il faut accomplir le geste vite et en cachette. Il faut également tenir compte de la difficulté de l'utilisation du Stérifilt®, qui alimente la représentation de cet outil comme « retenant une partie du produit ». Si ce défaut est considéré comme acceptable pour les médicaments détournés (car faisant souvent l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale), il ne l'est pas pour les produits illicites.

■ Approche par produit psychoactif

L'alcool et le cannabis

Alcool

L'alcool est consommé dans tous les espaces analysés : urbain et festif, commercial et alternatif.

Sa consommation ne se limite souvent pas à un usage occasionnel et festif, ce qu'on peut expliquer par le fait que ce produit est culturellement admis et consommé en société, mais aussi par le fait que l'euphorie grisante qu'il peut procurer reste abordable financièrement. Bon nombre d'usagers rencontrés dans les structures spécialisées boivent toute la journée de grandes quantités de bières fortes et très bon marché (au prix de 30 centimes le demi-litre).

La consommation d'alcool n'a pas la même finalité parmi les usagers. Il peut être utilisé pour la sensation de bien être qu'il procure, pour la « défonce » ou encore pour ses propriétés sédatives.

... Dans l'espace festif

Dans le milieu festif, l'alcool est, de loin, le produit le plus consommé, que ce soit dans le milieu commercial ou alternatif. Beaucoup de personnes le consomment exclusivement, mais de nombreux usagers l'associent à d'autres substances psychoactives avec tous les problèmes et les risques que cela comporte. Ainsi, l'association alcool-cocaïne (qu'on pourrait définir comme un « classique » des soirées festives commerciales en ville) conduit à la formation de coca éthylène, substance qui cumule la toxicité des deux produits¹⁴.

Les alcools fermentés (la bière, par exemple) semblent être très appréciés par les consommateurs, principalement du fait de leur bas prix, mais d'autres alcools distillés (rhum, vodka,..) sont souvent utilisés mélangés à des jus de fruits, du coca, etc....

Il faut noter la diffusion de plus en plus répandue du phénomène du « binge-drinking » (alcoolisation excessive ponctuelle à des fins de « défonce »), en particulier chez les plus jeunes. K. 23 ans, dit ne pas être un « adepte » de cette pratique mais que ses amis s'y adonnent : *« Des collègues le font de temps en temps mais sans vraiment le calculer; ils disent que ça monte plus vite à la tête et que ça fait presque l'effet d'un prod (produit psychoactif [ndlr]). D'un coup ça t'envahit le cerveau, ça te surprend... »*.

Les consommations en boîtes de nuit semblent être assez variées ; les cocktails et les boissons qui contiennent davantage de sucre que les autres (telles que « Ice Tropez », « Desperados® » etc..) sont très prisés. Tous les types d'alcools seraient donc consommés mais différents selon les profils des usagers, parmi lesquels on remarque la présence de plus en plus importante des jeunes filles. Cette remarque correspond aux données d'enquête du Baromètre santé. En 2010, on observe une tendance à la hausse, dans toutes les tranches d'âge et particulièrement chez les jeunes femmes entre 18 et 35 ans, des épisodes d'ivresse et, en général, des usages à risque ponctuels et chroniques d'alcool¹⁵.

Les consommateurs, surtout les plus jeunes, semblent être davantage attirés par des alcools dont la teneur en sucre plus importante « masque » souvent le goût, sans que les effets en soient diminués. On notera, parmi les boissons les plus consommées par ce jeune public, quelques grandes marques de l'industrie agro-alimentaire - telles que Desperados®, Smirnoff®, ...- ainsi que des boissons au packaging coloré, arômes divers et originaux, qui ont pour but de les attirer vers des alcools plus concentrés (punchs prêts à servir, recettes diverses à base d'alcool blanc, etc..). Les bières à la pression semblent être très appréciées. Certains débits de boisson proposent le demi de bière à la pression (25 cl) à 2€, prix abordable qui incite les jeunes à consommer davantage. Viennent ensuite

¹⁴ <http://www.drogues.gouv.fr/nc/site-professionnel/haut-de-page/lexique/mot/cocaethylene/lettre/c/>

¹⁵ Beck F, Guignard R, Richard J-B, Tovar M-L, Spilka S; Tendances n° 76, OFDT, 6p. Juin 2011 (<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend76.html>).

d'autres alcools plus forts comme les cocktails (dont les plus appréciés sont les Prémix¹⁶ et ceux mélangés avec des smart drinks¹⁷) et les vins mais ces deux dernières boissons, du fait de leur prix plus élevé, semblent être consommées par une frange de la population nettement plus âgée et correspondant à des personnes dans la vie active.

Enfin, très diffusé parmi les jeunes et bien ancré dans les pratiques festives marseillaises, l'*apéro*, est une habitude à laquelle certains usagers se rendent tous les deux jours, admettant ne pas être sobres à la fin de la soirée.

...Dans l'espace urbain

La consommation d'alcool observée en milieu urbain évolue et augmente avec la précarité. Elle a pour finalité la recherche de l'oubli, et est également liée au mode de vie dans la rue, à la sociabilité et au désœuvrement.

De plus, une cannette d'alcool est plus discrète qu'un joint ou du matériel d'injection et sa possession n'est pas illégale.

Pour de nombreux usagers, l'alcool est le produit qui pose le plus de problèmes dans tous les domaines. Ceux qui en consomment régulièrement, peuvent boire jusqu'à une bouteille de vodka en 2h. Les usagers sont conscients de sa nocivité comme en témoigne un usager de Skénan® « *ceci (le Skénan® [ndlr]) est une chose, mais l'alcool c'est vraiment difficile, d'autant qu'à moto c'est vraiment dangereux et, en plus, cela génère de très grandes difficultés à s'alimenter* ».

Les problèmes liés à la consommation d'alcool peuvent s'aggraver si elle est associée à l'usage de stimulants, qui réduisent la sensation d'ivresse et donc permettent d'augmenter la quantité d'alcool consommé. En revanche, les intervenants d'un CAARUD observent que les opiacés découragent la consommation d'alcool par leur effet déprimeur.

Les niveaux de consommations observés sont très élevés et la dépendance avérée mais les prises en charge sont limitées et se cantonnent souvent au sevrage. Le problème est plus important encore lorsqu'il s'agit des patients usagers de drogues et/ou substitués. L'usage d'autres drogues étant interdit au sein de la structure d'accueil, les usagers s'engagent peu à peu dans la consommation d'alcool et le sevrage complet de toutes les substances, qu'ils devraient accomplir avant de rentrer dans le centre, est souvent un échec. La prise en charge de ces patients qui présentent, en plus d'une dépendance aux opiacés, une dépendance à l'alcool constitue une difficulté majeure. La consommation d'alcool potentialise l'effet de la méthadone, ce qui permet à l'utilisateur de ressentir un effet « opiacé ». La durée de vie du produit dans le métabolisme étant raccourcie, l'évaluation du dosage à prescrire devient difficile. Celle-ci est déjà complexe, en raison de la haute variabilité interpersonnelle de la métabolisation de ce médicament de substitution, influencée par les facteurs génétiques¹⁸ et par des interactions avec d'autres médicaments, psychotropes ou non¹⁹.

Une autre question soulevée par la consommation problématique d'alcool concerne le diagnostic des troubles psychiatriques. Les usagers d'alcool peuvent être diagnostiqués comme des malades mentaux, alors que les troubles de la pensée et du jugement qu'ils présentent sont liés à l'usage chronique de produits, notamment d'alcool, et à la dénutrition. Selon l'avis des participants au groupe focal sanitaire, dans le diagnostic il est important ni d'exagérer le trouble pathologique, ni de sous estimer le risque d'évolution.

¹⁶ Ces sont des cocktails appelés long drinks : ils sont préparés en mélangeant un alcool fort (vodka, rhum, whiskey, gin, ...) avec un soda ou une boisson qui dilue le goût de l'alcool (Sprite®, Coca Cola®, jus de fruit, ...)

¹⁷ Ces sont des boissons surdosées en vitamines, oligo-éléments, sels minéraux et acides aminés, vendues surtout dans les boîtes de nuits, généralement dans une bouteille de jus de fruits. Elles sont censées aider à surmonter la fatigue et résister au sommeil, donner du tonus sexuel, une intelligence hors pair, une mémoire d'éléphant, etc. Parmi les substances qu'on peut trouver dans ces boissons, il y a le Ginkgo Biloba, le Guarana, le kava-kava, ... toutes des substances issues de plantes mais qui peuvent être dangereuses pour l'organisme.

¹⁸ Mialon A, Berny C, « Contribution d'un laboratoire de toxicologie à la prise en charge des patients traités par la méthadone ou la Buprénorphine », *Le Flyer* N°23, Février 2006.

¹⁹ Laevitt S B, Methadone-Drug Interactions, 2005 www.atforum.com/pdf/Drug_Interactions.pdf

Cannabis

Ce produit est toujours très prisé par les consommateurs dans l'espace festif, où il est souvent consommé en association à l'alcool, et également dans tous les moments de la vie quotidienne.

Pour les usagers, le cannabis disponible à Marseille est de qualité très aléatoire. Une usagère quotidienne nous dit qu'« *il est très difficile d'arriver à trouver de la bonne qualité* ». L'herbe est encore plus difficile à trouver, d'où son prix plus élevé.

Les résultats des analyses effectuées par le laboratoire interrégional de police scientifique, qui porte sur des saisies de quantités souvent importantes de produits, fait pourtant état d'une nette augmentation de la qualité du cannabis : parmi les échantillons analysés, certains présentent, bien plus souvent qu'il y a quelques années, des taux de THC de l'ordre de 15 à 20%. Les saisies de cannabis correspondent souvent au produit vendu en bout de chaîne, sans avoir subi des transformations.

Dans les villes du département, le sentiment qui domine est qu'il n'y aurait pas d'évolution : le cannabis vendu reste principalement de la résine de « *mauvaise qualité* ».

La qualité et la disponibilité du cannabis dépendent en grande partie du réseau d'approvisionnement : les usagers les plus précaires déclarent plus souvent consommer des produits de piètre qualité, obtenu à un prix jugé excessif, comparé au produit consommé par des personnes mieux insérées socialement. L'herbe est de toute façon toujours plus chère et moins disponible. Les achats d'herbe ne se font pas dans la rue mais relèvent de « plans » plus ou moins réguliers.

Des clients « lambda » nous indiquent qu'il leur est très facile de trouver de l'herbe de très bonne qualité pour 5 à 6 € le gramme dans les quartiers périphériques, ce qui correspond à un coût plutôt bas, mais qui monte à 10 € le gramme, donc plutôt cher, quand il est acheté au centre ville de Marseille. Ce qui signifie que ceux qui sont moins mobiles s'en trouvent « défavorisés ».

En ville, la résine de cannabis, plus communément appelée « shit », est normalement vendue dans la rue à environ 5-8 € le gramme.

Concernant le milieu festif, alternatif ou commercial, la résine de cannabis est plus onéreuse qu'en ville. Elle est plus ou moins disponible selon les différents événements dont certains sont évoqués comme une « aubaine » pour les revendeurs, le produit étant vendu plus cher (entre 7 et 10€ le gramme). Dans les concerts ou les festivals, on en trouverait davantage qu'en boîte de nuit.

« *Il y a toujours beaucoup de monde, y a de l'ambiance, les gens se lâchent. C'est là que tu vas te dire que là, un p'tit bédou (pétard) ça serait nickel. Donc les mecs revendent leur shit super cher parce qu'ils savent que ça partira même si c'est de la merde* » (A., 26 ans). Ceci étant, les fumeurs réguliers de cannabis ont tendance à « anticiper » lorsqu'ils se rendent en soirée : plusieurs consommateurs rencontrés expliquaient qu'en se procurant un peu de cannabis avant la soirée, cela leur permettait de fumer un produit correct et à un prix raisonnable, ce qui n'est apparemment pas le cas sur place notamment dans le milieu alternatif. J. 30 ans, consommateur de cannabis quotidien nous dit : « *J'ai toujours de quoi fumer avec moi; parce que je sais qu'en soirée tu te fais enfler sur le prix, et aussi sur la qualité. Ça m'arrive même d'en troquer contre autre chose!! (...) Tu trouves toujours à fumer mais c'est hyper cher.* »

Les services en charge de l'application de la loi font état de la multiplication des points de vente de cannabis et de l'augmentation du nombre de revendeurs. Toutes les cités ont au moins un point de vente, certaines en ont jusqu'à huit. Depuis deux ans, ces réseaux de cannabis ne sont plus distincts de ceux de la cocaïne, les deux produits sont souvent présentés à la vente. Ce phénomène peut se relier à la tendance à la restriction de la palette des produits illicites vendus et à la banalisation de l'usage de la cocaïne et du cannabis.

A côté de cette multiplication du trafic on assiste au développement de la culture domestique de la marijuana, plutôt dans le centre ville, et également des ventes en appartement. Trois motifs principaux sont allégués par les usagers : la mauvaise qualité du cannabis vendu dans les réseaux, le moindre risque d'interpellation et l'absence de relations avec un réseau criminel.

Selon le groupe focal application de la loi, cette pratique augmente aussi la concurrence. Le marché est saturé et les revendeurs doivent démarcher de nouveaux consommateurs, notamment à proximité et dans les établissements scolaires. Généralement, selon les participants au groupe focal, les revendeurs font appel à un intermédiaire qui intervient dans l'idée de rendre service à « un pote » ou une connaissance, mais qui est obligé de continuer cette activité sous les menaces. On peut

cependant soupçonner que cette explication ne soit parfois qu'une « technique de débrouille », mise en place par un jeune interpellé par la police.

Le cannabis reste très consommé bien que son usage soit plus dissimulé dans la rue depuis deux ans du fait d'un plus grand risque d'interpellation.

Dans les contrôles de police, la distinction entre usage et trafic serait moins marquée, et la tolérance des juges vis-à-vis du cannabis est de moins en moins grande. Cette situation se traduit par une augmentation des personnes ayant commis une infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) liée au cannabis. Les consommateurs de cannabis représentent 90% des personnes pour lesquels des poursuites sont effectuées ou des sanctions prononcées par le procureur au TGI de Marseille. La sanction effective est souvent un simple rappel à la loi, car selon le groupe focal application de la loi, beaucoup d'adolescents ne savent même pas que le cannabis est interdit. L'on peut toutefois se demander si la perception de l'interdit est la même entre les jeunes vivant dans des quartiers où se vend le cannabis - car ils sont souvent exposés et/ou témoins des interpellations et des contrôles liés aux ILS - et les jeunes vivant dans les quartiers où il n'y a pas de trafic, et qui, au contraire, sont peu exposés et/ou témoins des actions de lutte contre le trafic. Les premiers ont certainement beaucoup plus connaissance de l'interdit que les seconds. Ceux-ci sont par ailleurs plus souvent orientés vers les stages de sensibilisation aux risques liés aux usages de stupéfiants, mis en place par les TGI en application de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

L'interdit sur le cannabis est très mal vécu par les usagers qui ne comprennent pas son existence et son sens. La majorité d'entre eux considère que la sanction est souvent disproportionnée par rapport au délit et, en conséquence, peu appliquée par les acteurs du contexte répressif eux-mêmes.

En ce qui concerne les infractions à la sécurité routière, il est fait état en 2010 d'une inflation des demandes d'analyse soit dans le sang (examen qui ne peut être accompli qu'à l'hôpital, donc proposé en cas de forte suspicion), soit dans la salive, le kit restant très cher et ne faisant pas partie de l'équipement standard de la police. Les usagers évoquent dans les forums Internet, sur les lignes d'information téléphonique, ... la fiabilité du test salivaire et la non mesure d'un niveau d'imprégnation.

L'évolution de l'âge des usagers de cannabis continue de faire débat. Les premiers usages seraient de plus en plus précoces ; d'ailleurs certains usagers disent l'avoir expérimenté à l'âge de 12-13 ans. Les consommations régulières ou quotidiennes s'installeraient plus tôt, à partir de 16-20 ans. Les enquêtes en population générale, comme ESCAPAD²⁰ et le Baromètre santé²¹ n'objectivent pas ce phénomène : on assisterait plutôt à une stagnation, voire un certain retrait, de tous les niveaux de consommation du cannabis en France. Cette donnée est à nuancer avec le fait que TREND rapporte la situation de publics souvent vus dans des lieux de soins et de prévention, concernés par de nombreux comportements à risques et facteurs de vulnérabilité qui sont connus comme étant des facteurs aggravant les comportements de consommation des drogues.

Le regard que l'on porte sur sa propre consommation est différent suivant les générations.

Les plus de 30 ans en parlent facilement car leur usage est intégré dans leur mode de vie. A partir de 40 ans elle est mise en lien avec des aides à l'endormissement, dans la même logique que la consommation quotidienne, et en fin de journée, d'alcool. A l'opposé, pour les 16-25 ans, les Consultations Jeunes Consommateurs, évoquent l'apparition d'une relation quasi-addictive au produit, qu'il n'y avait pas il y a 10 ans.

Ces jeunes reçus dans les CJC savent que le cannabis est interdit. La plupart d'entre eux veulent changer leur relation au produit mais ont du mal à l'engager, pour les raisons exposées ci-dessus. Ces difficultés se traduisent par des hausses des orientations vers les CSAPA (40% en 2010 vs 25% en 2009). Celles-ci sont suivies d'effet, alors qu'elles ne répondent à aucune forme d'obligation pénale.

Ces jeunes ne sont pas représentatifs de l'ensemble des jeunes consommateurs de cannabis à Marseille : peu de personnes rencontrées dans les CJC ont le Baccalauréat ou plus. Ceux-ci fument plus volontiers et plus facilement à domicile et courent donc moins le risque de l'interpellation, sauf lorsqu'ils vont acheter le produit.

²⁰ ESCAPAD : enquête auprès des jeunes de 17 ans lors de la journée d'appel de préparation à la défense, renouvelée tous les 3 ans, dernières données 2008, OFDT.

²¹ Résultats publiés en avant première dans « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 », Tendances n°76, OFDT, juin 2011.

Les publics rencontrés dans les institutions de prévention et de soins sont souvent adressés par les personnels éducatifs de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse. Ces jeunes ont une consommation quotidienne, sans avoir conscience du caractère problématique de leur consommation. Beaucoup d'entre eux présentent des fragilités psychiques et disent qu'ils ont besoin du « *pétard du soir* » pour ses effets anxiolytiques et sédatifs ; ils fument aussi pour pouvoir se concentrer sur une activité – dans les deux situations, ils utilisent le cannabis pour contrer une pensée « *hyperactive* » ou quasi obsessionnelle. Ce n'est que lorsqu'ils se rendent compte que leur consommation les met en difficulté dans leur activité que la demande de soin peut émerger.

Quand c'est le cas, l'implication dans le trafic n'est pas envisagée dans un projet à long terme. S'ils reconnaissent la valeur du « travail régulier », mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires pour s'insérer leur semble trop difficile, voire parfois impossible. Ils décrivent - pour la justifier - leur implication dans le trafic comme de simples actes de dépannage d'un ami revendeur, pour « *se faire trois sous* », ou pour financer leur consommation. Dans tous les cas, la motivation première est financière, et certains sont adeptes du plus classique « *vol à l'arraché* ».

En général, parmi les personnes usagères de cannabis orientées par décision judiciaire vers la permanence addictions du TGI, il s'observe une augmentation du nombre de personnes en difficultés sociales avec consommation problématique de produits. Les problèmes sont de plusieurs ordres : difficultés dans la formation, avec sorties précoces du système scolaire, ou dans l'insertion professionnelle, ayant des bas niveaux de qualification, au mieux des CAP, manifestations de troubles ou de souffrances psychiques, relations familiales complexes, avec absence de père (physiquement et/ou symboliquement). Les niveaux de consommation sont souvent de l'ordre de 3 à 4 joints par jour, et la pratique d'un peu de revente n'est pas exclue.

Chez les usagers précaires du centre ville on remarque que le cannabis peut participer d'une économie du troc : par exemple, une boulette contre un pull.

Concernant les personnes ayant des problématiques psychiatriques, les professionnels du groupe focal sanitaire ont comparé la situation actuelle avec celle des années 70. Les personnes souffrant de schizophrénie supportaient mal, à l'époque, de fumer du cannabis, au point qu'il était courant de parler d'incompatibilité entre la schizophrénie et le cannabis. Actuellement, beaucoup de psychotiques consomment du cannabis, et à des niveaux très élevés, de l'ordre de 20 à 25 joints par jour. La combinaison de trois éléments peut expliquer ce changement : les effets recherchés, qui ne sont plus les mêmes et qui impactent les effets obtenus et vécus ; l'interrelation des substances, c'est-à-dire, la combinaison des effets entre cannabis, médicaments psychotropes, voire d'autres produits illicites ; enfin, la grande capacité du foie à s'adapter et à métaboliser les substances ingérées.

Les opiacés

L'héroïne

Disponibilité du produit

Le marché de l'héroïne à Marseille, qui avait quasiment disparu à la fin des années 90, a tardé quelque peu à se reconstituer, à comparer avec d'autres Villes du dispositif (cf les rapports TREND précédents). Il est à nouveau bien existant. De l'avis des usagers, l'héroïne disponible n'est pas considérée comme étant de bonne qualité. Des travailleurs de moins de 30 ans issus du milieu techno alternatif, disent qu'une héroïne de « bonne qualité » est disponible dans d'autres régions ou pays, dans lesquels ils sont disposés ou habitués à se rendre pour en rapporter afin d'assurer leur consommation. Les Pays-Bas restent une des destinations les plus classiques : le produit y est de bonne qualité et pas cher (environ 15€ le gramme).

Deux phénomènes, qui marquent la différence d'avec les années 80, sont observés : le nombre de revendeurs sur ce marché et leur « professionnalisation », avec moins d'usagers revendeurs qu'avant ; la fréquence du changement de nature du produit vendu (teneur, composition, tous les trois quatre jours). Cette observation n'est pas totalement avérée car basée sur les effets ressentis par les

usagers, qui varient selon les individus et les voies d'administration ; il est également possible que ce ne soit que le pourcentage de produit de coupe qui change ; à ce sujet le laboratoire de police scientifique nous rapporte avoir analysé un échantillon contenant de la poudre d'émaux.

Une jeune usagère, qui est entrée depuis deux semaines dans un programme de substitution, après deux ans d'addiction, rapporta ainsi les opinions de ses pairs : « *l'héroïne est actuellement de très mauvaise qualité* » (elle parle de « *rabla* », c'est-à-dire d'héroïne brune [ndlr]). Elle remarque également que de « *quatre à six mois en arrière* (donc vers la fin du premier semestre 2010 [ndlr]) *elle était très bonne par rapport à maintenant* ».

Le groupe focus « application de la loi » confirme les avis des usagers. Les analyses du laboratoire de police scientifique, sur quelques échantillons d'héroïne, font état de dosages inférieurs à 10%. L'héroïne brune est habituellement dosée à 2% ou 4% de principe actif, elle contient pour le reste du paracétamol, de la caféine, parfois aussi des traces d'opium. Seuls deux échantillons de 100g d'héroïne brune saisis en centre ville étaient dosés à plus de 80% (un vers fin 2009, et un début 2010 : tous les deux déjà cités dans le rapport TREND 2009).

Pour les services de police, le trafic est lié aux mouvements migratoires : les dernières personnes arrêtées en possession d'héroïne venaient d'Afghanistan, des pays de l'est européen, ou du Cap Vert une zone de transit pour le trafic. La revente resterait peu visible car peu organisée, ne mobilisant que peu de personnes, et très discrète. Les usagers hésitent à en parler, tant ils craignent son démantèlement. Cela pourrait expliquer pourquoi le produit est moins évoqué dans les observations effectuées durant le deuxième semestre 2010.

L'héroïne vendue à Marseille est principalement de la brune peu dosée, et « *chère* » de l'avis des usagers. Elle coûte de 40 à 80 € le gramme ; le prix baisse, si on l'achète en gros : elle revient par exemple à 35 € le gramme pour l'achat de 40 g. Nos témoins rapportent que la qualité devient de plus en plus mauvaise à mesure que l'on se rapproche du centre ville. Elle est considérée comme « *meilleure* » dans les départements limitrophes (Vaucluse, Gard), dans des villes moyennes hors Marseille, et également dans des quartiers populaires marseillais où se revendent en parallèle le cannabis et la cocaïne.

Si l'héroïne brune semble constamment disponible à Marseille, des consommateurs se reportent sur un produit de meilleure qualité, bien que bien plus cher, et qui apparaît occasionnellement : de la brune bien dosée ou de la blanche, qui est de plus en plus évoquée en milieu urbain. Ces derniers mois, l'héroïne blanche, également nommée grise par certains usagers, a d'avantage été consommée que la brune, quand elle est disponible. Elle coûte de 80 à 100 € le gramme et même jusqu'à 200€ selon la qualité, le lieu d'achat, le degré de proximité avec le réseau de vente. Le risque d'overdose est alors accru, en milieu urbain comme en festif. Accéder à de l'héroïne blanche est souvent plus ardu, parce qu'elle n'est pas présente à l'offre dans la rue, mais plutôt par le « *bouche à oreille* », ce qui entraîne un accès limité à ceux ayant le réseau de connaissances nécessaire.

Dans espace festif, on observe un changement notoire et notable quant à la qualité et au prix de l'héroïne ces derniers mois. Jusqu'au semestre précédent, les observations effectuées faisaient état d'une héroïne brune coûtant environ 40€ le gramme, de qualité très souvent médiocre d'après les consommateurs rencontrés. Au dernier semestre, bien que la brune soit toujours disponible à un prix et à une qualité inférieure, l'héroïne consommée serait davantage de la blanche à prix beaucoup plus élevé mais aussi de bien meilleure qualité, selon les usagers.

Ce retour vers la consommation d'héroïne concerne principalement l'espace festif alternatif. Il n'y aurait pas beaucoup de vente sur place, celle-ci s'effectuant plutôt avant l'arrivée en « *teuf* ». La stigmatisation du produit semble moins prégnante qu'en 2009. On pourrait interpréter ce phénomène par l'effet générationnel : bien que le tabou persiste, il est moins fort parce que la nouvelle génération n'a pas grandi avec la crainte des années Sida. En effet, l'héroïne est consommée par des participants plutôt jeunes dans les événements du milieu alternatif, et parfois en association avec d'autres produits (alcool, cannabis, amphétamines, cocaïne, ...).

Dans les squats, on retrouve une situation similaire à celle du milieu festif : présence d'une consommation du produit, mais sans témoignage de vente avéré.

La consommation d'héroïne est bien évidemment liée au gradient social : celle de meilleure qualité sera achetée par les usagers les plus aisés financièrement. Elle n'est d'autre part pas utilisée par les usagers les plus précaires, ceux des CAARUD en particulier, qui en plus de ne pas avoir les ressources financières nécessaires -ou uniquement en début de mois - manquent aussi du relationnel nécessaire pour l'obtenir.

Des usages d'héroïne brune sont signalés dans d'autres villes du département, donc Aix en Provence : le produit serait assez facilement disponible et consommé par des usagers plutôt jeunes. On suppose qu'il s'agit d'héroïne brune, utilisée par voie injectable, le CAARUD ayant remarqué l'augmentation de la distribution d'acide citrique.

Profils d'usagers et représentations du produit

Les profils des usagers sont variés : des personnes insérées (étudiants ou salariés ayant un logement), et des personnes en situation très précaire (sur des profils de « jeunes errants »). Le public des CAARUD n'est pas concerné, vu le prix d'achat, le manque d'accès aux réseaux de vente et le fait qu'ils sont quasiment tous en TSO. Quelques exceptions sont disposées à arrêter leur traitement, s'ils ont les moyens et l'accès à de l'héroïne de bonne (ou pas trop mauvaise) qualité.

L'observation directe et les témoignages d'anciens toxicomanes font état d'une tendance au rajeunissement des usagers. Les associations de RdR remarquent un nouveau type d'utilisateur venant chercher du matériel stérile ; ils ont entre 25 et 35 ans, parfois moins : en situation de précarité ou non, ils fréquentent souvent le milieu festif techno et punk. Il est vrai que les anciens usagers qui ont commencé leur addiction avec l'héroïne, et qui donc peuvent avoir plus que 40 ans, deviennent rares (beaucoup sont aujourd'hui décédés), et la génération intermédiaire a peu utilisé ce produit.

La place donnée au produit par ces nouveaux usagers d'héroïne évolue. Issus de milieux populaires, ces usagers d'héroïne sont aussi des usagers réguliers de cocaïne, stimulants ou hallucinogènes : le passage aux opiacés s'est initialement effectué pour atténuer les sensations désagréables provoquées par la descente des produits stimulants.

En général, la consommation ne se poursuit pas au-delà du moment festif, mais certains continuent à en consommer dans les deux, trois jours suivants. S'ils sont insérés socialement, ils arrivent plus facilement à rompre leur session de consommation et à retrouver leur usage épisodique.

L'héroïne est considérée, par ces usagers, comme faisant partie du panel des produits à utiliser dans un but festif et récréatif en association avec d'autres produits, particulièrement ceux ayant des effets antagonistes comme les stimulants, la cocaïne restant la préférée. C'est surtout vrai en milieu festif où la plupart des jeunes usagers ne cherchent pas l'effet « chape de plomb » de l'opiacé, mais celui de détente et de plaisir²².

Les tendances liées à la consommation d'héroïne sont avérées quelle que soit la voie d'administration du produit, bien que cette dernière ait une grande influence sur la perception des effets de la substance. La principale voie utilisée reste la voie nasale, mais on remarque de plus en plus d'usage d'héroïne en « chassant le dragon »²³.

L'injection reste une voie de consommation très utilisée à la fois chez les « jeunes itinérants » et chez des jeunes insérés. L'arrivée de ces nouveaux injecteurs pose des problèmes en termes de réduction de risque dans la mesure où ils pratiquent souvent de manière isolée. Les jeunes usagers sont également éloignés des structures, particulièrement ceux qui habitent hors des grandes villes, ou ceux qui ne sont pas désireux de s'y rendre (« les usagers cachés », en milieu urbain). Ils ont souvent appris tout seul à se piquer, sans être à proximité de pairs plus âgés : ce qui a des conséquences importantes sur l'acquisition des « compétences » nécessaires. Ils ne commencent, par exemple, à utiliser le STERIFILT® que si cela leur a été conseillé par des pairs plus âgés.

Au niveau des représentations, surtout chez les plus jeunes, la différence classique entre injection et voie nasale/aspiration subsiste, au regard des risques d'overdose et de dépendance, les deuxièmes étant considérées comme moins risquées.

²² Il serait utile d'effectuer une étude plus précise sur les usages et les représentations de l'héroïne chez ces jeunes teufeurs, qui n'ont pas connu la période des années 80, avec la peur de ce produit et de la voie injectable

²³ Cette pratique, perçue comme moins nocive par les usagers, pose des problèmes en termes de RdR : peu de gens savent qu'il faut chauffer la feuille d'aluminium avant de l'utiliser, afin de brûler au moins une partie des produits nocifs dont elle est imprégnée. L'initiative de MdM de distribuer des feuilles de papier d'aluminium adaptées à cette fonction va dans ce sens.

Opium

C'est un produit très rare et plutôt cher (environ 50€ le gramme) qui n'est pas disponible à l'achat en soirée. On peut s'en procurer dans des squats avant l'évènement festif. Les usagers ont au moins trente ans, appartiennent à l'espace festif techno et/ou vivent en squats. Parmi eux, quelques personnes le consomment en alternance avec la cocaïne en soirée, d'autres comme produit unique, d'autres, enfin, en régulation de la descente de MDMA ou d'autres produits stimulants. Il fait rarement l'objet d'une consommation individuelle. C'est un produit rare, souvent partagé dans le cadre d'une consommation collective.

Quelle que soit la raison qui pousse à le consommer, la voie privilégiée est l'inhalation. Ce constat est intéressant car il est le signe d'un manque de connaissances à propos de la substance et, de ses différentes modalités d'absorption (qu'on sait bien être pratiquées dans des autres pays) en particulier la voie orale qui semble être plus pratique, plus efficace mais moins conviviale.

Skénan®

Un usager en traitement de substitution à la méthadone qui injecte le Skénan® comme « extra », lorsqu'il en trouve, déclare *« qu'il était plus facile d'avoir des prescriptions de Skénan® avant. Les médecins prescrivent de moins en moins facilement le sulfate de morphine »*. Les usagers avancent comme hypothèse des contrôles sur les prescriptions exercées par l'assurance maladie.

Le plus couramment, pour en obtenir, il faut connaître des personnes qui revendent directement une partie de leur prescription.

Il est également possible de s'en procurer dans le centre ville de Marseille aux mêmes endroits que la BHD, le Rohypnol®, le Rivotril®, la Ritaline® et l'Artane®, mais c'est plus difficile et plus cher. Ce sont des personnes qui vendent une partie de leur prescription. Il y a peu d'informations concernant un prix habituel, mis à part qu'*« un bon plan »*, c'est 10€ les 200 mg.

Alors que toutes nos informations concordent sur le fait que ce produit est difficile à trouver par le canal des prescriptions, la consommation n'en reste pas moins stable, ce qui peut supposer d'autres sources d'approvisionnement, liées à des déplacements hors région.

La plupart des usagers le prennent dans une optique de traitement de la douleur et/ou de TSO. Cela est pratiqué, selon des associations de RdR, pour pallier la difficulté à obtenir, de la part des médecins généralistes, les médicaments de substitution habituels (BHD), surtout dans les villes hors Marseille. Les usagers de Ritaline®, qui sont les plus anciens (plus de 35 ans) qui connaissent ou ont connu la rue, la « toxicomanie » et les TSO, associent souvent ces deux substances : le matin ils prennent du Skénan® pour pallier le manque, puis de la Ritaline® pour le flash. Un CAARUD fait état de jeunes usagers qui, après avoir essayé le traitement de substitution par la méthadone, le trouvant trop contraignant, retournent alors aux sulfates de morphine ou à la BHD.

Les usagers qui l'utilisent dans une optique de « défonce » sont plutôt jeunes, en grande précarité et sont souvent originaires d'autres villes et départements. Ils ont pris l'habitude de consommer ce médicament avant les difficultés d'accès par des prescriptions.

Ainsi, à Aix-en-Provence et à Marseille, des groupes restreints de jeunes, ayant une petite vingtaine d'années, et vivant dans des conditions très précaires, prennent le Skénan® dans une optique de « défonce » et de plaisir. Ces usagers sont prêts à faire des déplacements en Espagne ou dans le nord de la France pour trouver ce médicament. Ils utilisent le produit par voie injectable, viennent dans la structure pour obtenir du matériel, mais aussi pour la convivialité et la rencontre avec des usagers plus âgés. Ils se définissent dans une posture « d'héritiers », à la recherche d'échanges intergénérationnels sur les choix culturels (musique,...), les techniques liées à l'usage, à la réduction des risques, ou sur les méthodes de débrouille dans la vie.

Le Skénan®, qu'il soit consommé comme extra ou utilisé comme substitution à part entière, est injecté par la quasi-totalité des usagers précaires. Très peu d'entre eux utilisent le Stérifilt®. Le temps consacré à la préparation du « shoot » est incompatible avec l'utilisation d'un tel outil de réduction des risques. Il faut en effet monter et démonter plusieurs Stérifilt® successivement ; les usagers disent que 2 à 4 filtres sont nécessaires à la filtration d'un shoot en fonction de la quantité injectée. La dizaine de personnes avec qui nous avons pu échanger sur ce sujet ne réussissent pas à filtrer la solution avec cet outil : l'eau est chauffée dans le Stéricup® avant que le produit ne soit mélangé, ce

qui peut faire fondre un peu la paraffine qui enrobe les microbilles contenues dans les gélules et la filtration devient plus difficile.

Les représentations des usagers sont elles aussi à prendre en compte : untel déclare avoir essayé plusieurs fois le Stérifilt®, réussi la filtration en suivant le protocole expliqué par un intervenant de RdR, mais ressenti un effet nettement amoindri à dose égale (il filtre habituellement avec un filtre à cigarette). Le fait d'obtenir une solution transparente, qui semble ainsi contenir moins de produit est aussi évoqué²⁴.

Méthadone

Son usage concerne des personnes « stabilisées » socialement et psychologiquement, ayant également un emploi et/ou un domicile durable. Ces usagers qui suivent un programme de traitement avec la méthadone diffèrent aussi des autres usagers dans le rapport qu'ils ont aux produits. Ils ont développé une approche personnelle réflexive sur leur consommation, c'est-à-dire qu'à un moment ils ont choisi d'éviter que l'usage n'envahisse leur vie quotidienne.

La méthadone stabilise des usagers qui sont déjà dans une recherche de régulation de l'usage, le produit apportant la régulation pharmacologique.

L'usage de la méthadone est solitaire, plus que celui du Subutex®. Il n'y a pas de rencontre autour de son usage, et des structures s'engagent sur l'organisation de temps de sociabilité entre les usagers. Cette molécule correspond à des profils ayant des compétences sociales spécifiques.

La méthadone, en général, est perçue en tant que traitement et utilisée en suivant la prescription médicale : il y a peu ou pas de trafic ou de mésusage. Ce dernier point ne fait pas complètement consensus. Certains professionnels pensent qu'il n'y a pas de trafic de Méthadone : les usagers étant plutôt observants d'un traitement difficile à obtenir, ils ont tendance à le conserver pour eux-mêmes. Des participants au groupe focal sanitaire, par contre, pensent que certains médecins prescrivent des dosages de méthadone au-delà de la posologie nécessaire pour le bien être de l'utilisateur. Ces dosages élevés peuvent être parfois utiles pour gérer le manque, dans le cas où la prescription a sous-évalué le dosage nécessaire, comme cela arrive souvent au début du traitement. Ils peuvent aussi correspondre à la forte variabilité interpersonnelle de la métabolisation de ce médicament de substitution, influencée par des facteurs génétiques²⁵ ou par des interactions avec d'autres médicaments, psychotropes ou non²⁶. Cette difficulté à prescrire le bon dosage peut entraîner un retour au Subutex®.

De manière générale, quand les usagers obtiennent un peu plus que ce qui leur est nécessaire, ils se constituent un petit stock qu'ils pourront utiliser un jour de manque, ou pour obtenir des sensations plus fortes, ou pour arrondir une fin de mois difficile en le revendant à une connaissance. La méthadone peut être ainsi revendue à un proche ou à une connaissance, mais rarement dans la rue.

Ce petit trafic peut être, en partie, motivé par la difficulté à se rendre dans un centre de soins prescrivant la méthadone. Une jeune femme, nous explique avoir « *commencé à acheter de la métha à une connaissance il y a un mois et demi [...] un mec qui rachète le traitement à quelqu'un qui le revend, et qui le revend à son tour* ». Elle a déclaré avoir commencé de cette façon parce qu'elle n'avait « *pas le temps de venir dans un centre avec le boulot* ». Un ami lui a ensuite indiqué un centre spécialisé qui pouvait convenir à ses horaires de travail ; elle est désormais incluse dans la file active de ce centre en prenant « *90 mg en deux fois le matin et le soir* ».

De l'avis des usagers qui sont passés du Subutex® à la méthadone, ce traitement améliore le sommeil, l'appétit et réduit les périodes d'anxiété. Certains usagers regrettent que les structures de soin ne fassent pas assez la promotion du traitement par la méthadone. Celle-ci s'effectue entre pairs, qui en parlent, ou dont on constate les modifications de comportement, de mode de vie et d'état de santé.

²⁴ Une technique particulière de filtration du Skénan® est décrite par un usager : la gélule est ouverte et les microbilles réduites en poudre très fine. L'eau est chauffée puis le produit réduit en poudre est mis en solution. Une première filtration est réalisée avec un filtre de type filtre de cigarette. Puis la solution est remise dans un Stéricup® neuf et filtrée à nouveau, en entier, avec un seul Stérifilt®.

²⁵ Mialon A, Berny C, « Contribution d'un laboratoire de toxicologie à la prise en charge des patients traités par la méthadone ou la Buprénorphine », Le Flyer N°23, Février 2006.

²⁶ Laevitt S B, Methadone-Drug Interactions, 2005 www.atforum.com/pdf/Drug_Interactions.pdf

La forme galénique gélule

La nouvelle forme galénique est disponible depuis avril 2008 et a permis aux usagers qui en font usage d'accéder à un meilleur confort pour de leur TSO. Par rapport au sirop, le transport est plus facile et moins stigmatisant, la consommation plus agréable et entraîne moins de dommages physiologiques et dentaires. Elle est également disponible à de petits dosages (1mg), ce qui permet de procéder à une diminution aussi lente et progressive que nécessaire, avant le sevrage, ou de conserver une prise quotidienne de 2 à 3 mg comme « *garde-fou* » afin d'éviter d'être à nouveau tenté par l'héroïne.

La prescription de cette forme reste encore limitée. Il n'y a pas suffisamment de recul pour pouvoir quantifier son éventuel mésusage.

Les critères de prescription sont très contraignants. Beaucoup de médecins pensent que le protocole associé à la prescription de cette forme galénique est trop restrictif : en effet, il ne concerne que peu d'usagers, qui doivent être stabilisés avec la forme sirop depuis au moins 6 mois à 1 an, avoir un logement et des ressources stables, ce qui ne correspond pas à la situation de la plupart des usagers des CAARUD. Ces critères ne sont semble-t-il pas toujours respectés par les médecins. Cette attitude vis-à-vis du cadre renvoie au problème des positions souvent adoptées par des praticiens vis-à-vis des contraintes réglementaires, mais aussi par leurs préoccupations vis-à-vis de la santé des patients. En effet, certains médecins trouvent les critères de prescription inadaptés, si l'on prend en compte a contrario les dégâts dentaires et physiologiques provoqués par la méthadone sirop, et le gain en discrétion et la facilité de prise du médicament.

D'autres médecins remarquent au contraire que ces critères contraignants permettent de marquer l'évolution du patient dans sa trajectoire, apporter un nouvel appui dans l'élaboration de limites, et de régulation de l'usage.

Peu d'usagers demandent en fait de passer du sirop à la gélule. Ce peu de demandes est liée à des pratiques routinières, souvent installées depuis des années. Ces usagers n'envisagent pas facilement des changements dans leur mode de vie.

Un petit nombre d'usagers des centres spécialisés utilisent un argument pour retourner d'ailleurs à la méthadone sirop. L'effet produit par la gélule serait différent de celui du sirop et l'effet du sirop surviendrait plus rapidement que celui provoqué par la gélule.

La Buprénorphine haut dosage

La Buprénorphine haut dosage (BHD), que ce soit le Subutex® ou ses génériques est toujours disponible à la fois par prescriptions médicales et dans le marché de rue. Les médecins semblent être devenus plus souples sur le choix de prescription du princeps ou du générique, et sollicitent l'avis des usagers.

La prise en ingestion sublinguale concerne les usagers les plus stabilisés, et une grande partie des non stabilisés. Parmi ces derniers, nombreux sont ceux qui préfèrent l'injection. Beaucoup d'injecteurs ont commencé à utiliser ce mode d'administration à l'occasion de la consommation de ce produit ; pour un CAARUD, l'injection de Subutex® serait moins stigmatisée chez leurs usagers que celle d'héroïne.

Les usagers considèrent différemment les deux formes pharmaceutiques (le princeps et le générique), vis-à-vis de l'injection. Les personnes en situation plus précaire, donc les injecteurs, ont une plus grande méfiance envers le générique. Habités à leur rituel de préparation du shoot avec le comprimé de Subutex®, ils passeraient difficilement au comprimé générique. Les deux formes pharmaceutiques ont des volumes et des excipients différents : les génériques contiennent du talc mais présentent une dose d'excipients moins importante, donc sont difficiles à couper et à diluer. Il faut procéder à une longue décantation avant de pouvoir injecter, ce qui génère des difficultés au cas où l'utilisateur est en manque, ou peut être facilement repéré et dérangé.

Comme dans le cas de la méthadone (gélule vs sirop), il ne faut pas négliger l'importance des représentations des usagers vis-à-vis des produits et des effets des substances psychotropes. Outre la motivation concernant la facilité d'injection, les usagers injecteurs disent préférer le « vrai » Subutex® qui aurait, en injection, un effet plus puissant que celui des génériques, alors que les

principes actifs sont les mêmes. Cette question des représentations liées à la voie injectable et à l'effet des produits se traduit dans les demandes faites aux médecins prescripteurs.

Ainsi, des intervenants témoignent des risques de nomadisme médical et de trafic liés aux transferts de prescription du princeps vers les génériques. Par exemple, un usager se voyant prescrire un générique à la place du Subutex,- le médecin ayant été informé du fait qu'il utilisait ce dernier par voie injectable - s'est adressé à un de ses confrères pour l'obtenir, tout en revendant le générique...

Cette appréciation différente des deux formes pharmaceutiques entraîne une difficulté à vendre les génériques dans la rue : ils sont vendus moins chers que le princeps, qui, lui coûte entre 3 ou 4 € le comprimé de 8mg. Ce prix est perçu comme très élevé par les anciens usagers qui se rappellent qu'il y a quelques années, on pouvait les acheter à 0.50 €...

Le BHD a été signalé à plusieurs reprises lors d'événements festifs alternatifs ; il est consommé plutôt par des usagers d'héroïne par voie nasale. En dehors de cet usage assez marginal, il est essentiellement utilisé par les plus exclus et des personnes isolées et sans réseaux. Alors que la méthadone est plus adaptée aux usagers plus insérés qui ont des moments de sociabilité en dehors de la consommation du produit, qui elle, reste solitaire, l'usage de Subutex® (ou de ses génériques) s'inscrit dans la relation entre pairs, dans des moments de consommation collective, et permet de vivre des moments de sociabilité notamment pour les personnes les plus isolées.

Cette inscription dans des moments de consommation collective participe de la construction de réseaux de sociabilité pour les personnes les plus isolées, et limite les comportements « narcissiques » et individualistes.

Concernant l'accessibilité du produit, un grand nombre de personnes à Marseille ne dispose pas des droits sociaux requis pour bénéficier de prescriptions et ne peuvent également pas avoir accès à un traitement. Parmi celles-ci, sont signalés plus particulièrement :

- Des personnes originaires d'Europe centrale et orientale, ayant des pratiques d'injection et d'alcoolisation importantes. Elles ont une préférence pour la BHD, les benzodiazépines, en lien avec l'alcoolisation
- Des sortants de prison. Ceux qui sont sous BHD depuis des années peuvent rencontrer un problème d'accès au traitement, leurs droits à la sécurité sociale pouvant connaître des ruptures
- Des personnes plutôt jeunes, « teuffeurs », « squatteurs », nomades en errance, et dépendants aux opiacés depuis plusieurs années. Celles qui utilisent la BHD ne l'injectent pas le plus souvent ; elles n'apprécient pas la méthadone car l'état généré leur rappelle trop « l'effet opiacé ». De plus, elles consomment souvent beaucoup l'alcool et, de ce fait, gèrent mieux la BHD que la méthadone.

Face à ces situations la disponibilité de la BHD dans les centres de soins ne semble pas à la hauteur de besoins. Beaucoup d'usagers font part de leur « lassitude » vis-à-vis de la consommation de ce médicament mais, bien qu'ils soient arrivés à une étape de leur trajectoire où ils pourraient cesser la prise, ne disposent pas des ressources sociales, professionnelles, économiques qui leur permettraient d'engager un projet de sortie.

Les stimulants

Cocaïne

Disponibilité du produit

Aujourd'hui, la cocaïne est disponible à la vente quasiment dans tous les secteurs de Marseille, de manière plus visible et sans doute plus importante dans les quartiers périphériques. Dans les zones « urbaines », le trafic semble s'être développé durant la période récente.

Deux phénomènes sont marquants par rapport à la revente de cocaïne :

- La diversification des profils socio économiques des revendeurs, ceci autant dans les quartiers périphériques que dans les zones rurales. Des personnes « inconnues des services

de police » sont identifiées dans des opérations de durée parfois limitée, consistant à réaliser une plus value importante sur une seule affaire, à côté de réseaux pratiquant la revente de manière quasi professionnelle, structurés comme des entreprises et de plus en plus violents

- L'imbrication des réseaux de revente de cannabis et de cocaïne : cette situation est fréquemment constatée depuis deux ans par les forces de police.

Les perceptions des usagers concernant la qualité médiocre du produit vendu sont confirmées par les analyses du laboratoire de la police scientifique : les saisies de rue ont des taux de principe actif qui oscillent entre 10 et 20%, tandis que dans les plus grosses saisies, ces taux sont à 90%.

Lorsque la qualité du produit est considérée par des usagers trop faible du point de vue de l'intensité de la modification de l'état de conscience, beaucoup de ceux qui fréquentent l'espace festif alternatif préfèrent se reporter sur le speed qui, bien qu'ayant des effets différents et que la redescende soit plus dure, est moitié moins cher et de qualité meilleure.

Les avis des usagers convergent sur cette mauvaise qualité de la cocaïne à Marseille, même quand elle est achetée à des connaissances.

J. (21 ans) qui en a consommé dernièrement : « *J'adore la coke parce que ça me fait délirer avec mes potes. Elle m'a coûté 60€ (un gramme) et était franchement mauvaise les deux fois* » (peu d'effets excitants).

Même rapport du côté de J. 30 ans, qui en consomme de temps à autre et préfère ce produit à tous les autres : « *C'est très récréatif, avec la coke je recherche une euphorie (...) je la consomme avec des collègues; mais actuellement il y a que de la merde; quand est-ce que je vais trouver de la vraie bonne coke à Marseille?! Parce que ça fait un moment que c'est pas arrivé...* ». Ce constat est confirmé par A. (26 ans) et O. (24 ans) qui en consomment de temps à autre : « *J'en ai consommé deux, trois fois et elle n'était pas bonne. Elle boostait vite fait mais rien de plus ; d'habitude la coke tu as l'impression d'être envahie, tu es submergée d'une vague de bien être, tu ne vois rien venir. Là à chaque fois on était speedé vite fait. Ça m'a fait penser à des amphets* ». (O. 24 ans).

A. est encore plus clair dans son jugement, en effet, il estime n'avoir eu qu'une seule fois un produit digne de la qualité qu'il attendait au cours des six mois écoulés. A une autre occasion, il a jugé que le produit n'était « pas terrible », ne permettant pas d'obtenir les effets recherchés : « *On était en soirée (soirée organisée) et on a chacun acheté un gramme. Pas d'euphorie ; on était bien mais je pense que c'est plus l'alcool qui faisait son effet qu'autre chose.* » (A. 26 ans).

En effet, selon un usager qui fréquente les soirées autour de Toulouse, dans la région marseillaise, la cocaïne serait de bien plus mauvaise qualité, ce qui est confirmé par une autre usagère occasionnelle qui affirme n'en trouver de bonne qualité qu'au cours de soirées alternatives ayant eu lieu à l'extérieur de Marseille.

La qualité serait donc très aléatoire selon le lieu d'achat, le type de soirées, le réseau d'approvisionnement du consommateur, etc... Autant de facteurs qui influencent son prix et la quantité effective du produit contenu dans les « paquets » vendus.

Il est possible de différencier deux types de cocaïne selon la provenance. Le premier type est la cocaïne « habituelle », que l'on retrouve dans le marché de rue marseillais, notamment dans les quartiers périphériques : elle coûte de 40 à 50 € la dose d'environ 0,5 g (de 0,3g à 0,6g). Le paquet ainsi acheté peut permettre, par exemple, si la cocaïne est de très bonne qualité deux *shoots*, si elle est de qualité moyenne un seul *shoot*. Le gramme de cocaïne revient donc à environ 80 €. Ce tarif est très élevé surtout si on le compare avec celui de la cocaïne achetée en centre ville auprès de petits revendeurs, par des personnes insérées et destinées à un usage festif. Le gramme coûte alors entre 50 et 70 € : 50 € pour un gramme un peu léger (0,8g), 60 € pour le gramme standard de qualité variable, 70€ mais plus souvent 80, 100 et jusque à 120 € pour un gramme d'une cocaïne prétendue de qualité supérieure. D'après des usagers, elle viendrait « *directement d'Amérique latine* » et aurait une concentration élevée en chlorhydrate de cocaïne ; elle n'est disponible qu'en petits cercles fermés d'usagers dont faut en être membre pour s'en procurer.

Hors de la ville de Marseille, des personnes témoignent d'achats de cocaïne de qualité la plus souvent médiocre, vendue à « *50€ le gramme (de 0,7 grammes)* ». La quantité achetée influe beaucoup sur le prix de vente : le même informateur nous communique qu'il lui arrive de payer de l'ordre de « *200 euros les 5 grammes* » : il reste à savoir si « *les 5 grammes* » sont pesés ou « *de rue* ».

La cocaïne peut aussi être achetée en fêtes technos, lors de gros évènements : le produit est de qualité souvent meilleure mais se vend cher, à « 80 € et plus le gramme ».

Le prix de la cocaïne varie donc selon plusieurs facteurs : en premier le taux, mais aussi le lieu et la filière d'approvisionnement. En général, sur Marseille, il a été observé sur une partie du marché une baisse des prix, allant jusqu'à 40-50 €, mais pour un produit ayant un taux en principe actif de l'ordre de 10 à 20%. Le plus souvent, on trouve une cocaïne coûtant environ de 50 à 60€ le gramme (ou plutôt le 0,8 gramme) et parfois 70-90 €, si elle est achetée dans des milieux d'utilisateurs insérés (notamment le milieu « clubbing »).

Un autre facteur important dans la détermination du prix est le degré de proximité entre le revendeur et le consommateur. Le prix est alors largement influencé par le rythme de consommation, la quantité achetée, la fréquence de l'achat. Ce degré de proximité a une influence sur la relation commerciale entre utilisateur et revendeur. Par exemple, une utilisatrice régulière nous raconte que son revendeur lui fait souvent crédit, en lui permettant de payer à la fin du mois, modalité adaptée à sa capacité de collecter l'argent nécessaire.

La cocaïne est un produit très cher pour lequel il faut mobiliser des ressources financières importantes, ce qui entraîne pour nombre de consommateurs excessifs de s'inscrire dans une stratégie d'usage/revente. Le résultat est la constitution actuelle d'une nouvelle chaîne d'utilisateurs revendeurs, phénomène qui peut, du moins en partie, expliquer la variabilité du prix de vente et de la qualité du produit à Marseille. Un exemple de cette situation, très fréquente chez ce type de consommateur, est un jeune couple d'utilisateurs de free base (« cinq à sept grammes de coke par soir » et ce « trois à quatre jours par semaine ») qui achètent leur produit à des connaissances et qui, bien qu'ayant des revenus de l'ordre de 3 000 € par mois, s'inscrivent dans cette logique d'usage/revente, tout comme d'ailleurs leur revendeur.

Profil des utilisateurs de cocaïne

Les utilisateurs de cocaïne sont peu présents dans les filières de soin. Ce phénomène n'est pas à interpréter comme révélateur d'une stagnation de leur nombre.

Au contraire, il semble y en avoir de plus en plus, si l'on prend en compte les interpellations policières et incriminations par la Justice. La pratique du Parquet n'est pas d'orienter les utilisateurs de cocaïne vers le soin, mais de les impliquer dans la suite de la procédure (pour détention, usage) afin de les utiliser dans le démantèlement du trafic. Ces utilisateurs interpellés sont également peu demandeurs de soins et ne sont pas orientés vers les stages de sensibilisation aux dangers liés aux usages de drogues.

La Brigade de prévention de la délinquance juvénile parle de banalisation de la cocaïne dans les discours des élèves, dès le collège, similaire à celle que connaît le cannabis depuis longtemps. Les jeunes sont très sollicités par les médias télévisuels et le Web, et la cocaïne est interprétée comme une drogue très en phase avec l'époque ; certains d'entre eux –la BPDJ les évalue à 3 sur une classe de 30 élèves- seraient en contact avec la revente de cocaïne dans leur lieu de vie. Par contre, l'expérimentation et la consommation du produit ne les concernent que dans une frange très limitée, et pas avant 16-20 ans.

En règle générale, ce produit semble être consommé par des gens plus âgés que ce qui est observé pour d'autres produits, comme par exemple la kétamine, qui malgré des effets opposés à ceux de la cocaïne, aurait progressivement pris sa place auprès des plus jeunes.

La cocaïne reste très consommée par les utilisateurs du milieu clubbing et du milieu festif urbain (bars, salles de concerts) : lieux où les tranches d'âge des participants varient de 18-25 ans, à 25-35 ans voire 50 ans. En particulier, elle est utilisée par des DJ qui apprécient ses effets stimulants, peu modificateurs des perceptions et des capacités créatrices et qui les aident à gérer la consommation d'alcool (surtout quand elle est suffisamment dosée).

En dehors des lieux festifs commerciaux, elle est souvent consommée dans les soirées, au domicile privé.

Parmi les consommateurs, signalons la présence de personnes en situation de précarité, plutôt âgées, et sans revenus autre que le RSA, qui injectent la cocaïne en début de mois quand il y a une disponibilité financière. Ces publics s'approvisionnent plutôt dans le trafic de rue.

Parmi les usagers de drogues insérés, on rencontre nombre de grands consommateurs de cocaïne, souvent usagers quotidiens. Ce type d'usagers préfère l'inhalation de free base au sniff ou à l'injection. Leur profil est celui de jeunes adultes insérés consommant en appartement, en discothèque, au pied de l'immeuble ou lors d'un week-end à Barcelone : ils peuvent consommer 2-3 g ou plus de coke à 6-7 personnes. Il ne s'agit pas de « jeunes itinérants » qui, eux, n'utilisent pas trop la cocaïne parce qu'elle est trop onéreuse, et souvent la cause de difficultés relationnelles. De plus, ils ne l'identifient pas à un « produit de voyage ».

Ils sont étudiants, parfois lycéens, travailleurs ou temporairement à la recherche d'un emploi. Des acteurs de la réduction des risques font état de la présence parmi eux de jeunes garçons de 16/17 ans. Leur point d'entrée dans les structures spécialisées reste la dépendance aux opiacés, mais elle a été souvent acquise après une période initiatique avec la cocaïne. Nous citerons l'exemple d'une jeune femme consommatrice de free base de manière régulière et massive, qui a démarré l'héroïne en régulation de la « *descente de base de cocaïne* ».

Certains l'injectent, d'autres la sniffent mais une part très importante et croissante de ce profil d'usagers l'inhale après l'avoir « basée », surtout à l'ammoniaque. Ces publics ne s'approvisionnent pas dans la rue, mais ils achètent à des « revendeurs qui sont en général toujours des connaissances : on se connaît genre depuis 10 ans ».

Focus sur le Freebase

Dans la plupart des cas, la cocaïne est sniffée, mais peut être aussi fumée en freebase : elle est chauffée après l'ajout d'ammoniaque ou de bicarbonate de soude pour produire un précipité en cailloux, forme fumable du chlorhydrate.

Cette modalité de consommation est plus rare et davantage utilisée par des personnes plus « averties », et dont la consommation ne se limite généralement pas à l'espace festif mais s'étend dans la semaine.

L'existence d'un marché de revente du crack ou de freebase, de l'avis des professionnels de la réduction des risques, n'est pas avérée à Marseille, le savoir technique et la culture propres à la consommation de freebase étant peu présents à Marseille. Par contre un CAARUD signale une sollicitation régulière de « kits crack » : il ne s'agit pas d'une augmentation, mais d'une plus grande régularité dans la demande de matériel.

Mais cette donnée ne suffit pas pour estimer la consommation de freebase en ville ou en espace festif. Il est difficile de dire si la pratique du basage de la cocaïne se développe aujourd'hui : nous pouvons cependant observer qu'elle existe et qu'un nombre non négligeable d'usagers des structures de soins spécialisés fume la freebase. Il s'agit donc de rester vigilant sur l'évolution de cette pratique parce que, comme cela est évoqué par des intervenants de RDR, l'« argument de vente » de la cocaïne comme « bonne à fumer » est plus fréquemment entendu ces derniers temps. La demande doit exister, bien qu'il faille remarquer l'invisibilité de la pratique et l'absence de son évocation dans les conversations.

Cette invisibilité est liée à la nature de cette pratique, qui se déroule dans des espaces privés difficilement observables directement, qui reste souvent une consommation plutôt occasionnelle, festive et périodique, et qui est limitée par la disponibilité d'une cocaïne pas trop pauvre en principe actif que la préparation préserve. Le basage implique une grande dépense d'argent, et certains usagers sont informés du haut potentiel addictogène de la forme basée et essaient de garder le contrôle de leur consommation.

Le contexte de consommation est souvent celui d'une certaine sociabilité, dans un lieu où les gens sont posés et en groupe ; il s'agit surtout d'un usage en squat, ou au domicile personnel, mais pas en usage de rue. Ce fait entraîne des limites spatiales et sociales à l'usage, à la possibilité d'interpellation par la police, et à l'observation par TREND.

Concernant les usagers, ceux qui fument la freebase ont une consommation régulière et ancienne de cocaïne et des facilités d'accès au produit. Ce sont souvent des personnes qui vivent en squat et qui ne sont pas forcément en contact avec les dispositifs spécialisés, mais aussi des usagers insérés, des personnes qui ne sont pas exposées à la répression et qui en ont un usage festif, ponctuel car ils sont sollicités par d'autres activités. Ces usagers insérés peuvent également être de gros consommateurs : ils peuvent fumer de la cocaïne quotidiennement ou presque.

Les notes d'observation de TREND Marseille du second semestre 2009 et du premier semestre 2010 faisaient état d'un « ancrage des pratiques » concernant l'usage de la cocaïne basée, confirmé encore lors du second semestre de l'année 2010. Les gens préparent leur freebase principalement avec l'ammoniaque car la préparation demande moins de précision pour doser les ingrédients, bien qu'ils sachent que la préparation avec le bicarbonate est plus saine, induisant moins de risque d'ingestion accidentelle d'ammoniaque (pas d'inhalation des vapeurs).

Une jeune femme témoigne de son choix de produit de basage : elle n'a jamais « basé » avec le bicarbonate de soude, en raison de la simplicité et de la « sécurité » du processus avec l'ammoniaque par rapport au bicarbonate de soude. Il est en effet possible de rater sa base en utilisant le « *bicar* » et de perdre son produit (la préparation de la freebase avec ce dernier produit demande une très grande précision pour doser les quantités de cocaïne et du bicarbonate, ce qui n'est pas nécessaire si l'on prépare avec de l'ammoniaque). Par contre, elle ignore que le basage à l'ammoniaque nécessite de rincer trois fois sa freebase, au mieux à l'eau stérile : comme la plupart des fumeurs de coke, elle ne rince qu'une fois, voire pas du tout, et fume donc de l'ammoniaque en quantité importante. D'où l'intérêt aujourd'hui de la promotion des kits crack auprès de ces usagers, occasion de faire passer des informations de RdR sur la préparation.

La freebase est fumée dans des pipes construites à partir de bouteilles en plastique ou des canettes en métal, cette technique permettant en effet de consumer la « boulette » et d'aspirer la fumée en une fois, ce qui permet de vivre le flash de la montée. Une usagère régulière nous décrit ce processus : avec son compagnon, ils « basent » eux-mêmes la cocaïne « à l'ammoniaque » et obtiennent avec « un gramme » de « *0,7g de cocaïne de mauvaise qualité* », l'équivalent de « *0,2 à 0,3 grammes* » c'est-à-dire « *quatre boulettes* ». Lorsqu'elle est de bonne qualité, ils peuvent alors récupérer jusqu'à « *0,9 grammes de base* » c'est-à-dire « *de dix à quinze boulettes* »²⁷.

Comme la plupart des usagers, cette personne relie la quantité de produit ressortant après avoir cuisiné la cocaïne, à la qualité de celle-ci. Pourtant, baser la cocaïne ne garantit pas d'obtenir un produit pur, ce que peu d'usagers savent. L'analyse des produits par Chromatographie sur Couche Mince (CCM) de Médecins du Monde, permet aux consommateurs de prendre conscience de l'impureté du produit basé.

Si l'usage du freebase se développe, se posera sans doute la question des messages de réduction des risques adaptés à ce nouveau comportement, par exemple sur le choix du moindre risque entre injection de cocaïne et basage,...et des formations des intervenants en réduction des risques à ce sujet. Une usagère régulière de freebase, âgée de 30 ans, nous explique avoir commencé à se défoncer à la cocaïne à 22 ans en la sniffant mais l'avoir aussi « *fixée pendant 4/5 mois* ». Elle a arrêté du jour au lendemain l'injection, après avoir constaté une dégradation très rapide de sa santé. Pour continuer sa consommation sans pourtant renoncer au flash, elle s'est reportée sur l'inhalation de la freebase.

Disponibilité de la cocaïne et usage de la freebase sur Aix-en-Provence

Dans la région d'Aix en Provence, la cocaïne est vendue à 50€ le gramme. La disponibilité d'un produit de « mauvaise qualité » sur cette ville et Marseille, est confirmée par les analyses du laboratoire de police scientifique ; la cocaïne saisie et analysée par ce service contient en moyenne de 10 à 18% de produit actif.

Cette qualité médiocre pourrait entraîner des phénomènes de désintérêt par rapport au produit, et de report sur d'autres substances. Ainsi, aujourd'hui, et à la différence de 2007 et 2008, les usagers parlent plus de kétamine et de GHB que de cocaïne. Il est de ce fait difficile de caractériser la période : maintien de la consommation de cocaïne par habitude, et phase d'expérimentation pour la kétamine et le GHB, donc à un niveau encore modéré,...

Comme pour Marseille, la freebase est préparée par l'usager lui-même, et n'est donc pas achetée en tant que crack.

Il existe une grande diversité socio économique des usagers : des étudiants, des salariés, quelques lycéens, des précaires, « jeunes itinérants »,...dans l'ensemble des usagers de moins de 30 ans.

²⁷ Le nombre de fois qu'on fume dépend de la taille des boulettes, qui habituellement augmente avec l'expérimentation et l'accoutumance au produit

Le CAARUD qui distribue le kit crack le font pour améliorer les conditions sanitaires de consommation et convaincre les injecteurs de changer leur modalité de consommation et d'aller vers le basage, dans une logique de réduction des risques. La distribution reste modeste : 44 kits crack en 2009 et 38 en 2008, signe de la relative stabilité du nombre d'usagers concernés, bien qu'un nouvel outil et d'embouts individuels aient apparus en 2009.

Cette interprétation des données en termes de nombre d'usagers est sujette à discussion : le nombre de kits crack distribués n'est pas une donnée suffisante pour établir la diffusion de l'usage (surtout en milieu urbain). A la différence des Stéribox®, la construction artisanale d'une pipe à crack est très simple et ne demande que du matériel présent dans toutes les maisons ou camions ; les motivations qui pourraient pousser un usager à l'utilisation de ce kit crack sont soit l'occasion d'un passage au CAARUD, soit la prise de conscience du risque d'infection lié à l'usage d'outils non stériles (matériel donnant lieu au chauffage, à des micro saignements) et souvent partagés. La raison de l'utilisation de l'outil étant alors principalement sanitaire, elle est dépendante de la connaissance que les usagers ont du risque de contamination aux virus, en premier celui de l'hépatite C. Or il est avéré que les usagers, s'ils sont conscients des risques neurologiques liés à la consommation de freebase, sont encore très ignorants du risque infectieux.

Amphétamines (speed)

O. 24 ans, explique qu'elle adore la cocaïne mais qu'au vu du prix, elle et son conjoint consomment davantage d'amphétamines : *« Ce n'est pas bon quand ça passe (douleur au niveau des sinus quasi systématique lorsqu'elle le sniffe) mais vu la qualité de la coke en ce moment, on n'en est pas loin ; au moins c'est dans nos prix... »* (O. 24 ans) »

Les amphétamines, appelées plus couramment « speed », sont toujours largement consommées en ingestion ou en sniff et très disponibles à Marseille comme à Aix-en-Provence, que ce soit dans le milieu festif alternatif (techno, punk, rock), commercial, ou dans les soirées privées. L'usage de « speed » est tellement important en milieu festif que des professionnels n'hésitent pas à définir ce produit « *star des lieux festifs* ». Dans l'espace urbain, sa consommation reste liée aux opportunités dans les réseaux de revente.

Malgré sa disponibilité et la diffusion de sa consommation, les sources d'approvisionnement sont mal connues : certains professionnels pensent qu'elles sont liées au passage d'usagers provenant de pays de l'Europe de l'Est.

Concernant sa revente, la tendance est à la disparition du cloisonnement entre milieux urbain/festif. L'hypothèse suggérée est que le micro trafic au centre ville est géré par des usagers de l'espace urbain qui fréquentent occasionnellement l'espace festif techno, ou qui vendent de la Ritaline® comme du speed.

La raison du succès du speed tient à son prix peu élevé, bien qu'ayant connu une augmentation par rapport aux années 2006/08. Le gramme coûtait alors environ 10/15 € et aujourd'hui il est à un prix stable de 20 € : le speed reste un des produits de synthèse les moins chers, et à effet « garanti ». Consommé seul ou en association avec d'autres produits, il dynamise le consommateur sans pour autant induire d'autres effets. L'usager se sent plein d'entrain tout en restant lui-même, ce qui en fait une drogue perçue par ses consommateurs comme « *anodine* » et, peut-être, moins nocive que les autres. Toujours considéré comme une drogue de seconde catégorie, le speed est apprécié pour ses effets stimulants définis comme « *doux* » par les usagers qui, néanmoins, disent « *avoir besoin d'en prendre pour tenir lorsqu'ils font une grosse soirée* ».

Très répandu, le produit concerne quasiment tous les usagers. À Aix-en-Provence, les consommateurs appartiennent principalement à l'espace festif alternatif.

A Marseille, les structures de bas seuil font état de sa consommation occasionnelle par certains usagers des centres spécialisés.

En général, son usage est cantonné aux moments festifs, comme pour la MDMA et le LSD, et concerne essentiellement un public assez jeune, souvent dépendant aux opiacés ou substitué, ayant notamment traversé les milieux festifs techno ou punk. Cependant, il faut remarquer que sa nature, perçue par les usagers comme « *anodine* » (même associé à d'autres substances), pourrait être un facteur de « non visibilité » de ces usagers qui ne fréquentent pas les CAARUD et échappent ainsi aux observations.

Des témoignages font malgré tout état d'une consommation du speed non limitée aux espaces festifs. O., marseillaise de 24 ans, nous dit : « *Souvent on reste chez des potes en début de soirée, on picole, on fume, et il y a toujours quelques grammes de speed qui accompagnent. Après, qu'on sorte ou pas c'est pareil, c'est un plus pour passer la soirée.* »

Le speed s'inscrit généralement dans un panel de produits. Seule une minorité de personnes consomme exclusivement cette substance, dont le but est alors de « booster » le consommateur sans pour autant induire d'autres effets.

L'usage de stimulants, en réduisant la sensation d'ivresse, tend à induire une augmentation de la consommation d'alcool. Cet effet est également retrouvé avec la cocaïne qui reste toujours préférée aux amphétamines, pour les effets recherchés et la descente. Certains usagers préfèrent effectivement consommer de la cocaïne malgré son prix plus élevé et sa mauvaise qualité, alors que pour ces mêmes raisons, d'autres consommateurs privilégieront le speed.

En dépit des représentations des usagers, les effets secondaires éventuels dus à la consommation de speed montrent que ce n'est pas un produit sans danger. Augmentation du rythme cardiaque, palpitations, tension plus ou moins forte des mâchoires et des muscles sont des symptômes qui surviennent régulièrement, notamment au moment de la redescente. Celle-ci est décrite comme très dure, plus que celle de la cocaïne, au point que beaucoup d'usagers limitent leurs prises en prévision de la descente et de la reprise de la semaine de travail.

Méthamphétamines

Les Méthamphétamines en cristaux restent très peu disponibles et seuls les consommateurs ayant un réel réseau d'approvisionnement y ont accès actuellement. Leur prix est plus élevé que celui du speed mais les effets qu'elles induisent sont beaucoup plus puissants.

Aucun des observateurs n'a évoqué leur disponibilité cette année sur Marseille. Par contre, elles sont souvent évoquées à Aix-en-Provence, bien qu'il n'y ait qu'un seul témoignage direct de leur usage. Cela pourrait s'expliquer par la possibilité d'un « effet mode » provoqué par les médias qui, parlant de ce produit dans les journaux télévisés et les séries, créent la demande. En l'absence d'approvisionnement, celle-ci ne peut être satisfaite qu'avec des « arnaques », facilitées à la fois par la relative méconnaissance du produit et par l'effet placebo.

Le seul témoignage direct d'usage, bien qu'il ne soit pas confirmé par des analyses de la substance consommée, provient de deux consommateurs d'environ 25 ans. Ils appartiennent à un groupe d'usagers réguliers d'amphétamine et l'un d'eux a une longue expérience des produits donc, on peut le supposer, une certaine compétence dans la reconnaissance des effets. Tous deux ont relaté une expérience particulière. L'été dernier, ils ont consommé durant un séjour en forêt ce qu'ils pensaient être de la Méthamphétamine pendant deux ou trois semaines. Les deux vivaient une période socialement et affectivement difficile. L'un a dû être hospitalisé en hôpital psychiatrique, après un « bad trip ». Il s'y est réveillé après plusieurs jours de perte de conscience, et n'a aucun souvenir de ce qu'il a fait durant une assez longue période.

MDMA

« *On était tous bien défoncés mais c'était une bonne ambiance, ça a duré toute la nuit.* » (K. 23 ans). La MDMA semble être de nouveau disponible en région après la pénurie des dernières années. Si un large panel de qualité est présent, les analyses montrent cependant des échantillons correctement dosés.

Ce produit est vendu sous forme de gélules (10€ l'unité), de poudre ou, le plus souvent, de cristaux, au départ vendus à 80€/g, mais le prix a baissé à 50-60 € /g. Le comprimé qui coûte 5 à 10 € pièce est, selon les consommateurs, moins concentré donc de qualité plus aléatoire. Cette forme a quasiment disparu du marché et des conversations des usagers. Bien que leur prix soit élevé, les formes poudre/cristaux/gélule de MDMA ont pris le pas sur l'ecstasy en comprimé.

Certains consommateurs évoquent la disponibilité occasionnelle de « taz de MDMA », c'est à dire de comprimés d'ecstasy censés être plus concentrés que la moyenne. Ces produits présentent généralement une composition autre que celle annoncée : très peu de poudre de MDMA associée à des produits de coupe. Ils sont vendus plus chers que les comprimés d'ecstasy classiques.

Au cours du deuxième semestre de l'année 2010, la disponibilité de la MDMA aurait eu tendance à diminuer. Il semble néanmoins facile de s'en procurer. Le produit serait largement consommé dans le milieu festif alternatif : selon A. (24 ans), qui se rend en free party et consomme occasionnellement ce produit, « *il n'y en a pas beaucoup mais la qualité est généralement bonne* », et dans le milieu commercial, où il est relativement disponible, il présenterait une qualité très aléatoire.

C'est un produit très apprécié par les consommateurs du milieu festif pour ses effets excitants, permettant de rester éveillé et « en forme » durant quelques heures, et ses effets empathiques. Il ajoute parfois des effets hallucinogènes, avec des modifications des perceptions visuelles et des sensations liées à la motricité et au toucher.

Il n'y a pas une catégorie d'usagers spécifiques. Sa consommation concerne tous les amateurs, sans distinction d'âge, mais davantage le public jeune qui réserve son usage aux moments festifs. Parmi ces consommateurs, on retrouve certains jeunes usagers fréquentant les centres d'accueil spécialisés, souvent dépendants aux opiacés et substitués, ayant traversé les milieux festifs techno ou punk et qui en font un usage occasionnel²⁸.

La MDMA peut être consommée seule mais, la plupart du temps, elle est prise en association avec de l'alcool, du cannabis et/ou d'autres produits.

Le mode de consommation est généralement l'ingestion d'une petite quantité de produit avalée dans une feuille de papier à cigarette, appelé « parachute », dissoute dans une boisson ou prise par voie nasale. Cette dernière est plus pratiquée que dans les années '90 : elle garantit une montée plus rapide mais reste malgré tout peu utilisée car considérée comme nocive ou désagréable, et à effets moins longs.

Ce produit est toujours très apprécié par les consommateurs, comme en témoigne J. (21 ans) qui préfère la MDMA à toutes les autres drogues parce que « *J'en ai les plus bons souvenirs... kiffer le moment, la musique; je ne prenais pas d'autres produits, juste de l'alcool et quelques joints, c'était l'extase..!* ».

Les usagers en parlent moins que d'autres produits, tels que la kétamine par exemple. Il est difficile de savoir si c'est parce qu'ils en consomment moins ou si c'est parce qu'ils ont désormais passé la phase d'expérimentation. Ils évoquent souvent la kétamine parce qu'ils en découvrent les effets, et non pas parce qu'ils en consomment beaucoup.

Il nous paraît important de souligner que la distinction entre « taz » (comprimé) et « MDMA » (poudre ou gélule) reposant sur l'idée que la deuxième est plus sûre en termes de qualité, tend à disparaître. Les usagers savent de plus en plus que l'effet ne dépend pas de la forme galénique et que chacune est susceptible d'induire des effets plus ou moins marqués selon sa composition. Cependant, il semble que cette distinction soit encore très ancrée dans la pensée commune des usagers, comme en témoigne ce jeune de 23 ans, qui affirme : « *Je préfère le MDMA mais il n'y en a pas systématiquement. C'est vrai que c'est super cher comparé aux taz (ecstasy) mais tu es quasiment sûr de la qualité du prod. Avec les taz, c'est la loterie et les effets sont beaucoup moins puissants ; donc au final tu t'y retrouves.* ».

Il faut noter que si effectivement la qualité ne dépend pas de la forme, mais bien du principe actif et de sa concentration, le produit en poudre/cristaux permet un certain contrôle par chauffage d'une petite quantité de produit sur le papier d'aluminium pour en vérifier la trace ou, plus simplement, en observant l'aspect et l'odeur de la substance.

Les hallucinogènes

LSD

On ne remarque pas d'évolution ni sur le produit, ni sur sa perception, ni sur ses usagers.

²⁸ Ces consommateurs sont souvent présentés comme dépendants aux opiacés et substitués. Il faut toutefois remarquer que le fait d'avoir autant de témoignages qui relient la consommation de certains produits dits du panel festif, notamment LSD, MDMD, Speed, ..., à des usagers dépendants aux opiacés ou substitués a plus à voir avec un biais d'observation qu'avec la réalité. Nos sources principales sont des dispositifs de RdR fréquentés surtout par des usagers substitués ou ayant une consommation problématique. Ces structures ne peuvent donc pas rendre compte de tous les usagers qui utilisent ces produits parce que la plupart, n'ayant pas un usage problématique, leur restent inconnus.

Ce produit est toujours largement disponible dans le milieu festif alternatif, mais sa qualité et son dosage restent très aléatoires, comme nous en informe une usagère régulière « ... ça dépend où tu vas, des gens qui vendent ... je prends un carton si j'en trouve quand je vais en teuf ... » (A. 24 ans).

Il est vendu sous différentes formes. Les buvards sont disponibles à 10€ pièce environ : c'est le seul produit dont le prix ne change pas depuis des années. La quantité de produit actif varie de très faible à fortement dosée. On remarque la disparition des buvards double face (c'est-à-dire supposés avoir une dose de LSD sur chaque face). Dans une moindre mesure, le LSD est vendu sous forme liquide (appelée la goutte) dont le prix est plus élevé mais dont les effets seraient beaucoup plus forts. On peut aussi le trouver sous forme de micro pointe mais cela semble encore plus rare. Enfin, il est fait état d'un épisode de vente de quelques « étoiles rouges » toujours vendues à 10€ pièce environ, moyennement dosées qui étaient proposées à un moment donné comme de la mescaline²⁹ et qui ont été vendues cette fois comme du LSD.

Le LSD, comme le Speed ou la MDMA, peut être consommé de manière occasionnelle par certains usagers fréquentant des centres d'accueil spécialisés, mais, en général, sa consommation concerne essentiellement un public plutôt âgé de moins de 30 ans, ayant notamment traversé les milieux festifs techno ou punk³⁰.

L'usage du LSD est réservé aux temps festifs. C'est une substance de « week-end », qui, prise seule ou en association avec d'autres produits, est considérée par les usagers comme une substance puissante aux effets imprévisibles. Ses consommateurs semblent se méfier davantage de ses effets que ceux d'autres produits, qu'ils estiment plus « prévisibles ». Plusieurs témoignages d'usagers de 20 à 30 ans, corroborent cette représentation. A. (24 ans) prend des buvards de façon occasionnelle : « J'ai touché un buvard à la dernière teuf (free-partie) où je suis allé. Il était bon, ça m'a bien fait partir, je ne savais plus trop où j'étais. Pas vraiment d'hallucinations mais des effets de couleur, de perception. J'avais bu et fumé ; c'était agréable. ». J. (21ans), décrit le LSD « comme quelque chose qu'on doit vivre au moins une fois; je trouve pas ça rébarbatif. Tu tripes, c'est à chaque fois différent; et après tu te retrouves et tu retrouves les choses similaires. C'est très pictural. ». Enfin, J. (30 ans), usager occasionnel, dit que « avec le LSD tu poses ton cerveau 5, 6h et tu le reprends après. »

De nombreux usagers, qui en ont beaucoup consommé, ont éliminé le produit de leur consommation suite à une mauvaise expérience. Un témoignage évoque ainsi la sensation de perte de sa capacité de communication. Ces mauvaises expériences peuvent aussi être provoqués par un mélange de produits, ce qui est fréquent. J. (30 ans) nous raconte qu'« on avait pris du MDMA, du LSD, de l'alcool et de la beuh (herbe). Des hallucinations de fou, visuelles, sonores. Drôle au début, ça a mal fini : c'était trop un moment donné et on se demandait si on allait redescendre un jour. Je n'ai jamais retenté autant de produits à la fois. » et A. (24 ans) nous confie que « avant je mélangeais : carton, alcool, shit et speed. Je sentais surtout les effets du LSD boostés par le speed; mais c'était trop. Maintenant je ne prends plus de speed ».

Une autre préoccupation des utilisateurs de LSD concerne les effets éventuels des produits utilisés (strychnine) dans la fixation de la molécule active sur le buvard. Cette question reste pour l'instant sans réponse. Le fait de se la poser est révélateur chez certains, d'une prise de conscience de possibles dommages sanitaires.

GHB

Les observations effectuées à Marseille ne rapportent aucun signalement concernant ce produit. Un observateur en festif évoque sa consommation dans le milieu commercial marseillais mais sans donner d'informations concrètes à ce sujet.

Il est par contre fait état de sa présence depuis 3 ans chez des jeunes usagers d'Aix-en-Provence ou d'autres villes moyennes. Il s'agit d'étudiants, de lycéens ou de jeunes salariés qui le considèrent comme faisant partie du panel de produits pris en polyconsommation. Ce sont souvent des usagers

²⁹ La mescaline a des effets qualitativement analogues à ceux du LSD, mais elle est beaucoup moins puissante et provoque des hallucinations visuelles plus évocatrices.

³⁰ Ces consommateurs sont souvent présentés comme dépendants aux opiacés et substitués. Il faut toutefois remarquer que le fait d'avoir autant de témoignages qui relient la consommation de certains produits dits du panel festif, notamment LSD, MDMA, Speed, ..., à des usagers dépendant aux opiacés ou substitués, a plus à voir avec un biais d'observation qu'avec la réalité. Nos sources principales sont des dispositifs de RdR fréquentés surtout par des usagers substitués ou ayant une consommation problématique. Ces structures ne peuvent donc pas rendre compte de tous les usagers qui utilisent ces produits parce que la plupart, n'ayant pas un usage problématique, leur restent inconnus.

de kétamine (qui est parfois mélangée au cours de la même session de consommation) et/ou de champignons hallucinogènes. Toutes ces substances ont une gamme d'effets perçus par ces usagers comme similaires.

Ces consommateurs ne fréquentent pas les discothèques, mais préfèrent les soirées privées ou les free parties (où ils se rendent souvent, bien qu'on n'ait remarqué, chez eux, aucun sentiment d'appartenance à « la teuf ») où ils absorbent le produit en le buvant dans un liquide. Sur le plan des effets secondaires, le coma n'est plus évoqué par les usagers³¹. On peut supposer qu'ils maîtrisent désormais les dosages et les associations avec d'autres produits.

Au sein d'un groupe d'usagers, qui consomme à certaines périodes ce produit tous les week-ends, une seule personne présente un usage problématique, c'est-à-dire une consommation qui se prolonge durant la semaine.

Kétamine

La Kétamine est consommée de manière importante, y compris par des usagers jeunes, et très disponible que ce soit dans le milieu festif alternatif ou le milieu commercial.

Elle est vendue principalement sous forme de poudre, donc déjà préparée. La forme liquide est peu pratique pour les usagers, particulièrement dans l'espace festif, où il est difficile de trouver les moyens de la préparer, sauf dans les cas où elle est injectée.

La Kétamine présente en milieu festif alternatif n'est pas la même que celle utilisée dans le milieu commercial, où elle est d'ailleurs de qualité plus aléatoire. D'une manière générale, sa qualité serait variable, et la probabilité d'un produit de moindre qualité serait d'autant plus forte quand l'achat et la consommation se font au même endroit, notamment lors d'événements festifs alternatifs où la demande est importante.

Les effets ressentis sont donc souvent aléatoires (dus à sa composition variable), et varient selon les produits de coupe utilisés (ce qui serait quand même plutôt rare, selon les informateurs). Les effets placebo liés au contexte festif peuvent aussi expliquer les différences d'effets ressentis.

La rapidité de la diffusion de ce produit et la méconnaissance de ses critères de qualité de par les usagers, pour beaucoup encore novices, ne permettent pas de mettre en rapport le discours sur les effets ressentis avec sa qualité réelle.

Une Kétamine colorée (verte, bleue, rose,...) est proposée à la vente. Il ne s'agit pas d'un produit adulteré ou coupé, mais simplement d'un ajout de colorant alimentaire. La finalité de cette pratique, qui n'est pas explicitée, n'a rien à voir la coupe d'un produit stupéfiant. Cependant, l'arrivée de cette kétamine colorée a eu un réel effet « marketing » en entretenant un discours autour du rapport couleur/qualité parmi les consommateurs, au moins chez les moins expérimentés. Un intervenant rapporte ainsi le témoignage d'une personne distinguant une Kétamine verte, aux effets peu marqués et une bleue, bien dosée (comme la blanche). La perception de qualités différentes est certes réelle, mais n'est pas en relation avec la couleur de la poudre ; ainsi, les usagers les plus expérimentés apprécient la qualité du produit en fonction de sa dénomination, et non de sa couleur.

Son prix est stable, entre 40 et 60€ le gramme, selon le milieu où elle est achetée. Elle est souvent plus chère dans l'espace festif commercial. Certains évoquent une augmentation sur les cinq dernières années, voire par rapport à l'an dernier. Ces oscillations sont certainement liées à la variation de la disponibilité sur le marché, et une structuration du trafic en grandes quantités de kétamine semble être plus aléatoire que celui par exemple de la cocaïne ou de l'héroïne.

Les effets induits sont très variables selon les consommateurs. La kétamine agit au niveau moteur et joue sur les perceptions : selon son réel dosage, la personne qui en a consommé sera plus ou moins consciente de la réalité et des éléments qui l'entourent. Les effets ne durent pas longtemps, une demi-heure à deux heures, y compris la phase de descente. La durée est fonction de l'accoutumance au produit, de la dose absorbée et des substances associées. Le consommateur pourra ainsi prendre plusieurs prises durant la même soirée.

La plupart des usagers recherche des effets de convivialité, euphorie légère, détente, désinhibition, qui stimulent la communication. Obtenir ces effets est possible grâce à une maîtrise des dosages, au

³¹ Des comas dus à la consommation de GHB avaient été évoqués dans l'enquête TREND 2009.

phénomène d'accoutumance chez les usagers réguliers. Le but étant d'éviter d'atteindre un état comateux (le « *K-hole* »), à moins que cela ne soit expressément recherché.

Un usager compare les soirées « Kétamine » aux soirées « cannabis ». Les mêmes phénomènes peuvent s'y dérouler : selon l'état des personnes rassemblées, la période dans l'année, la magie du moment, l'ambiance, ...avec la même quantité consommée par personne, certaines soirées vont être euphoriques et conviviales, vécues comme des soirées festives, et d'autres vont être soporifiques et ennuyeuses, vécues comme des « soirées défonce ».

L'usage se développe entre deux extrêmes : la recherche de défonce, ce produit étant privilégié, ou la recherche de la convivialité, la Kétamine faisant partie d'un ensemble de produits consommés. Les usagers recherchant la convivialité prennent plusieurs petites prises tout au long de la nuit, ce qui leur permet de gérer les effets, plutôt qu'une seule relativement importante, comme le font ceux qui recherchent l'effet défonce.

La majorité des usagers n'est pas concernée par les associations de kétamine à d'autres produits. Ceux qui le font, témoignent des raisons de leurs choix. A. (24ans) n'en consomme pas mais ses amis en prennent souvent : « *ils mélangent avec le reste; ça peut être du speed, du LSD... et évidemment shit et boisson* ». L'effet de convivialité étant lié au mode de prise et aux effets enivnants, son association avec un stimulant est fréquente, ce qui leur permet d'avoir des sensations de légèreté, de détente et de désinhibition, tout en évitant le risque de désorientation lié à un dosage trop élevé. L'association Speed/ Kétamine est très recherchée, soit en une prise, soit successivement afin de réduire les effets comateux. Aucun problème sanitaire n'a été rapporté à propos de cette association. En revanche, d'autres mélanges peuvent entraîner des dommages pour la santé. L'association de Kétamine et d'héroïne peut provoquer une crise respiratoire, des vomissements,... et avec l'alcool, des états confusionnels et de vomissements.

Les usagers semblent avoir une meilleure maîtrise des dosages pour obtenir les effets souhaités, et il y aurait une diminution de la « *bobologie* » liée à l'usage de kétamine. Cependant, nombre de personnes qui en consomment, surtout au début, surévaluent la quantité nécessaire à une prise. Cela a provoqué, à plusieurs reprises, des « *bad trips* » - notamment chez les jeunes consommateurs moins avertis - qui, par exemple, préparent des traces avec la même quantité que pour des amphétamines. Avec l'expérience, ces mauvaises expériences ont tendance à diminuer chez certains usagers ou, au contraire, à être expressément recherchés chez d'autres. Selon A. (24 ans), quelques « *bad trips* » sont survenus, mais la plupart du temps ses amis polyconsommateurs supportent assez bien la redescende qui est décrite comme une grosse fatigue physique mais non psychique: « *Ils sont à fond une bonne partie de la nuit, bien défoncés... et puis après se posent, entament la redescende : et là ils sont bien mous et finissent par caner (dormir [ndlr])* ».

La stigmatisation du produit est de moins en moins prégnante d'une part parce que de nombreuses personnes en ont pris et se sont aperçus que ses effets sont gérables à faible dose, d'autre part, parce que les générations se renouvellent : en effet, bien que des personnes de tous âges en consomment, c'est auprès des plus jeunes que la Kétamine semble avoir le plus de succès.

S'il est vrai que les participants des free-partys et des raves en consommeraient davantage que ceux des boîtes de nuit et des festivals, cet écart en termes de prévalence aurait tendance à s'estomper. On remarque une consommation dans d'autres lieux festifs que les free parties et les teknivals par des personnes qui fréquentent ou ont fréquenté l'espace festif alternatif et qui font pénétrer la substance dans ces contextes. Enfin, le produit est bien répandu non seulement dans l'espace festif alternatif, mais aussi chez des usagers de l'espace urbain et du milieu étudiant.

Certains usagers s'installent dans une consommation régulière, en développant un phénomène d'accoutumance : ils en consomment à chaque sortie festive, mais aussi à « l'apéro ». L'usage semble être similaire à celui de la cocaïne : au début, il y a la recherche de la dimension conviviale, la consommation se fait par petites doses qui augmentent ensuite de plus en plus du fait de l'accoutumance et de l'éventuel changement des effets recherchés vers le « *K-hole* » (c'est-à-dire, le « trou noir »).

La principale voie d'absorption est le sniff. Certains, âgés de moins de 25 ans, la consomment par injection³². Cette pratique se déroule plutôt en fin de semaine et concerne plusieurs produits, en effet il est rare que la kétamine soit injectée seule.

³² Les injecteurs plus âgés n'évoquent pas d'usage de Kétamine

Des exemples d'usagers de kétamine par voie injectable font état de l'absence de connaissances concernant le risque de dépendance, qui s'il n'est pas avéré au niveau physique, est très présent au niveau psychologique.

Un intervenant écrit la situation d'un usager d'environ 25 ans, habitant une ville moyenne, qui cumule nombre de difficultés sociales et psychologiques, et qui consomme du Subutex® dans la semaine et de la kétamine le week-end. Semblant « *en colère contre la terre entière* », il recherche dans la kétamine l'anesthésie, la perte de contrôle par le « *K-hole* ³³ ». Il fait partie d'un groupe d'usagers, insérés socialement (avec un logement, une activité professionnelle précaire), chez lesquels l'usage de kétamine et d'héroïne en injection se diffuse progressivement. Il est réticent à toute idée de risques de dépendance à la kétamine, mais se questionne néanmoins quant à sa consommation. Il remplit un rôle d'usager relais dans son groupe en diffusant des informations et du matériel de RdR.

L'observation en milieu urbain décrit la situation de deux usagers, en traitement de substitution, rencontrés en milieu festif techno. Ceux-ci témoignent de leur dépendance à la Kétamine. Dans un premier temps la consommation s'est cantonnée aux fêtes du week-end, puis s'est très nettement accrue, jusqu'à trois grammes par jour chacun, en sniff, et soutenue également par la pratique de l'usage/revente dans laquelle ils s'étaient engagés.

Autres hallucinogènes : plantes et champignons

Les autres produits hallucinogènes signalés sont des substances dont la disponibilité est rare, sinon anecdotique, comme :

- la Rose des Bois (dont le principe actif est le LSA),
- le DMT (principe actif de l'Ayahuasca des shamans amérindiens),
- la Salvia Divinorum.
- La consommation des plantes (Datura, Salvia) ou des cactées hallucinogènes (Peyotl)

concernerait davantage des consommateurs avisés, ayant déjà expérimenté d'autres produits psychoactifs.

Ces produits naturels, dont la consommation requiert un savoir-faire et l'accès à un réseau d'approvisionnement particuliers, sont très peu présents lors des événements festifs marseillais, du fait de la difficulté d'accessibilité, mais aussi de leur image de produits « à risques » psychiques.

Les champignons hallucinogènes font exception à ce constat. Leur disponibilité varie selon les saisons et les départements. On remarque cependant la présence plus importante de champignons issus de la culture domestique que de ceux ramassés dans les champs.

Dans tous les cas, les champignons semblent être peu présents cette année, que ce soit dans le milieu festif alternatif ou le milieu commercial. Aucune des observations ne mentionne une quelconque disponibilité ces derniers mois.

Les hallucinogènes sont davantage utilisés lors de soirées privées ou dans des lieux permettant l'intimité, car les effets peuvent être très intenses, et les consommateurs estiment que les prises nécessitent d'être entre soi, d'avoir confiance. Toutefois, même si leur consommation reste faible, comparer à celle d'autres produits induisant moins d'effets psychiques, les hallucinogènes sont consommés également lors de concerts, de festivals ou de soirées organisées.

Benzodiazépines

L'usage détourné des benzodiazépines est très développé et traditionnel à Marseille. Celles-ci se trouvent très facilement sur le marché de rue, à côté de la Ritaline®, l'Artane® et de la Buprénorphine haut dosage. Leur consommation est particulièrement développée chez les usagers en situation précaire et ceux qui sont incarcérés. La plupart argumente qu'ils les utilisent en traitement de la

³³ K-hole : effet de la Kétamine, trou noir avec troubles cognitifs et amnésiques, troubles de l'humeur et du comportement, délires hallucinatoires, cauchemars, perte d'identité et du contact à la réalité ; impression de se retrouver profondément dans son esprit, d'où l'utilisation du terme anglais « hole » (trou).

dépression et de l'alcoolodépendance. La prise de benzodiazépines est souvent effectuée sans prescription et les dosages pratiqués dépassent les préconisations de l'AMM.

Rohypnol® (Flunitrazépam)

Cet hypnotique de la famille des benzodiazépines, reste très présent chez les personnes en situation de grande précarité ainsi que parmi les usagers de la prison des Baumettes.

Du fait de nombreuses mises en garde sur sa consommation détournée, les centres de soins spécialisés des addictions ne prescrivent plus ce médicament, ainsi que les médecins généralistes, alertés par l'assurance maladie. Il reste toujours très disponible dans la rue, au centre ville à Marseille (vendu environ 10 à 15€ la plaquette). Bien que l'usage de Rivotril® ait tendance à supplanter celui du Rohypnol®, leur disponibilité respective dans la rue semble à peu près équivalente.

Les consommateurs disent rechercher son effet d'oubli et de perte de contact avec la réalité. Cette perte de la mémoire immédiate est l'une des spécificités de l'abus de benzodiazépines en général.

D'autre part, les usagers de ce médicament sont « sauvages », car soumis à « l'effet Rambo » qui favorise des agissements hors contrôle, des passages à des actes délinquants ou violents, les rendant difficilement gérables pour les professionnels des structures spécialisées.

Rivotril® (Clonazépam)

Sa visibilité augmente depuis fin 2009. Il serait très facile à obtenir en médecine de ville, et aurait pris la place du Rohypnol® dans les prescriptions de certains médecins, qui l'indiquent également comme moyen d'aide au sevrage du Rohypnol®. Il n'en reste pas moins que ce produit est un antiépileptique, inadapté aux usagers de drogues qui ne présentent pas cette pathologie.

Les médecins des structures spécialisées et les généralistes, en 2010, prescrivent facilement ce médicament. Les usagers qui le peuvent se procurent le produit via Internet, par des vols (rare) ou par des médecins complaisants. Il est toujours disponible dans la rue à Marseille où il est vendu au centre ville avec d'autres médicaments dont l'usage est détourné (Ritaline®, Artane® et Rohypnol®).

L'enquête OPPIDUM³⁴ menée chaque année dans les centres de soins de Marseille montre un nombre d'usagers élevé. Pour beaucoup, les consommations ont débuté au Maghreb, où ce produit est très consommé. La consommation supérieure de Rivotril® par rapport au Rohypnol® ne semble plus liée à une différence de disponibilité des deux molécules, laquelle est à peu près équivalente.

Au début de sa commercialisation, le Rivotril® était disponible en flacon, ce qui permettait d'en consommer facilement et de prendre en un seul geste la quantité nécessaire à l'effet paradoxal recherché. Aujourd'hui, il est absorbé par voie nasale, par de nombreux usagers en milieu urbain.

Bien qu'il y ait aussi une recherche importante de l'effet paradoxal typique des benzodiazépines, ce produit est consommé en tant que traitement, en automédication. Sa posologie est plus ou moins respectée sauf dans les moments de mal être, où apparaît une surconsommation. Sa consommation ne s'inscrit pas dans une recherche de « défonce » : les usagers ne parlent pas de plaisir avec ce médicament.

Un témoignage atypique d'un usager de Rivotril® a été rapporté : un usager d'héroïne appartenant au milieu festif alternatif techno garde toujours à sa disposition dans son camion un flacon de Rivotril® en cas de descente « d'acide » difficile.

Artane® (Trihexyphénidyle)

Ce produit, aussi appelé « LSD des pauvres », est toujours facilement disponible sur le marché de rue. Il est vendu au centre ville de Marseille au prix de 10 à 15 € la plaquette (soit plus que la BHD). Si sa consommation a été en hausse, dans le deuxième semestre du 2010, elle semble stagner, voire

³⁴ OPPIDUM (Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse) est une enquête nationale annuelle menée par les CEIP auprès des structures de prise en charge des personnes en situation d'addiction.

baisser. D'autre part, quelques usagers « âgés » qui fréquentaient une des structures les plus concernées par ces consommations, sont récemment décédés. L'Artane® est particulièrement consommé par des usagers de drogues très précarisés dans une recherche importante de « défonce ». Ce sont des usagers plutôt âgés, en « *fin de vie* » si on se réfère à l'espérance de vie dans la rue (entre trente-cinq et quarante ans).

L'usage dans le but d'être hospitalisé (plutôt en hiver, ou pour faire une pause) est moins observé. Les usagers disent rechercher l'« *oubli de soi* » : la finalité de sa consommation est de s'occuper mentalement, physiquement, socialement : il s'agit également d'un usage inscrit dans la convivialité. Une autre raison évoquée est la gestion et l'apaisement des états paranoïaques induits par la descente de la Ritaline®. Ce produit semble avoir le même effet apaisant que le Néocodion® face au manque d'héroïne (cette pratique rejoignant la recherche d'« *oubli de soi* » évoquée comme but de la prise par les usagers).

Les modalités de consommation par rapport aux effets recherchés sont relativement maîtrisées. Dans les années 70, les patients ayant des pathologies psychiatriques ne prenaient pas d'Artane® qui ne leur convenait pas, mais aujourd'hui, de nombreux psychotiques en consomment pour rechercher l'oubli. Les conséquences sanitaires de la consommation d'Artane® peuvent être très graves, puisque ce produit provoque des états délirants pouvant mettre les consommateurs en grand danger. En revanche, les usagers d'Artane® restent plus gérables et moins dangereux que ceux sous Ritaline®, notamment au cours de la phase de descente. Contrairement à la Ritaline® qui induit des états paranoïaques, l'usager d'Artane® est en capacité relative à communiquer avec le professionnel, notamment lorsque celui-ci lui rapporte les faits (commis et/ou subis) pendant son état « d'inconscience ».

Ritaline® (Méthylphénidate)

La Ritaline® est encore largement disponible à Marseille où elle est vendue dans la rue au centre ville et dans les quartiers Nord pour un prix variant de 10 à 15 € la plaquette. Ces plaquettes sont issues de la revente sur le marché de rue de ce que certains usagers obtiennent avec des prescriptions médicales ou des achats sur Internet. Certains usagers arrivent, grâce à des médecins ou des pharmaciens complaisants, à faire prescrire et délivrer leur consommation de Ritaline® en la présentant comme traitement de substitution à la cocaïne. Des vols dans les pharmacies peuvent être en lien avec l'accès à ce produit. Selon un médecin addictologue, des patients essaient souvent de pratiquer des formes d'auto substitution à la cocaïne, mais en fait « *cela n'a de la substitution que le nom* ».

Même si la consommation reste élevée, elle aurait tendance à diminuer, c'est-à-dire à être moins attractive auprès de nouveaux usagers. Cependant, durant le deuxième semestre 2010, sa consommation semble s'étendre à des personnes qui ne sont pas « passées » par la cocaïne : de plus en plus de jeunes injecteurs d'opiacés remplacent l'injection de ces produits directement par la Ritaline®, sans passer par la cocaïne.

Les consommateurs du milieu urbain marseillais et aixois sont des usagers âgés (de plus de 35 ans) qui connaissent ou ont connu la rue, la « toxicomanie », les TSO. Ce sont d'ex usagers de cocaïne ou d'Artane® qui vivent dans des conditions souvent très précaires.

A Marseille, l'injection concerne presque tous les usagers de Ritaline® les plus précaires. Le produit est très rarement filtré avec le Stérifilt®³⁵.

A Aix, l'injection de Ritaline® ne concerne que quelques personnes, dont deux de façon quotidienne et compulsive, et qui connaissent des phases de « descente » douloureuses. Dans ce dernier cas, la consommation de ce produit est souvent associée à celle du Skénan®, utilisé le matin pour pallier le manque, la Ritaline® étant ensuite injectée pour le flash et les effets stimulants.

Les effets recherchés par les usagers sont de combler le temps (c'est-à-dire accélérer la perception du temps), de faire face à l'ennui et au désœuvrement à travers une hyperstimulation qui donne l'impression d'être occupé.

Les témoignages sur ce produit sont aujourd'hui plus ambivalents qu'avant.

³⁵Le Stérifilt® dicit les usagers, n'est pas pratique lorsque l'on veut s'injecter rapidement dans la rue, il nécessite un support plat sur lequel poser le Stéricup® pour filtrer, et ceux qui ont l'habitude d'utiliser des cotons disent que le Stérifilt® atténue les effets, par rétention de produit.

Les usagers rencontrés en 2010 commencent à mieux gérer les effets pendant la montée et la phase plateau (auparavant, ils subissaient ces effets, avec des sentiments de dispersion, de tension, de débordement mental). Mais ils éprouvent toujours des difficultés à gérer la descente, décrite comme très difficile, au point de nécessiter une nouvelle prise ou la consommation d'un autre produit en régulation, souvent l'Artane®.

Tous les témoignages concordent sur la puissance de la Ritaline® par rapport au speed. Un usager de l'espace festif, ayant une longue expérience des amphétamines, surpris par l'intensité des effets suite à une seule prise, a décidé de ne plus en consommer.

La descente est décrite comme très « *lourde* » par tous les usagers. Elle induit des symptômes paranoïaques et de persécution importants, même chez des personnes qui n'avaient jamais présenté ces troubles. Selon un usager injecteur de ce produit (qui déclare utiliser deux comprimés dissous dans 2ml pour une injection) : « *tu te fais une ou deux journées et nuits à la Ritaline avec une plaquette et tu ne sors plus de ton lit pendant deux jours* ». Un autre usager plus expérimenté qui consomme six comprimés de 10mg à chaque injection, et jusqu'à six plaquettes de dix comprimés par jour (donc dix shoots quotidiens de Ritaline®) décrit la paranoïa importante évoquée par quasiment tous les consommateurs.

Le passage à l'acte auto agressif ou hétéro agressif est fréquent avec la Ritaline®. Plusieurs témoignages évoquent des épisodes où des usagers de Ritaline® qui normalement sont des personnes calmes et plutôt équilibrées, en descente du produit, deviennent agressifs et violents contre des professionnels ou contre eux-mêmes.

Il est plus difficile de contenir et de sécuriser quelqu'un en descente de Ritaline®, qu'en descente d'autres produits : tension, paranoïa, agressivité, dépression induits par ce produit compliquent la gestion des relations de l'usager avec les professionnels et avec les autres personnes.

L'usage de la Ritaline® se répercute également sur l'état physique : les usagers mangent et boivent peu, marchent beaucoup, et subissent amaigrissement et dégradations physiques. Ils ressentent beaucoup de fatigue nerveuse et psychologique, lorsque les prises sont successives et nombreuses. Enfin il faut aussi tenir compte des dommages dermatologiques liés aux nombreuses injections.

Autres médicaments

L'usage détourné des médicaments est plus fréquent à Marseille que dans les autres villes du département. A Aix en Provence, il est signalé des usages détournés de Stilnox®³⁶ et de Risperdal®³⁷ par quelques personnes. Il s'agit de jeunes usagers (environ 25 ans) qui ont une longue expérience des produits (expérimentations à 15-16 ans) et qui sont en situation de grande précarité.

Ceux qui consomment des médicaments n'en parlent pas : ils culpabilisent de ne pas consommer des produits valorisés, mais de « *seconde zone* ». En outre, toujours selon les mêmes professionnels, le rythme de consommation de médicaments n'est pas géré en soi. Il dépend de la disponibilité et de l'usage du produit.

En ville, outre les médicaments déjà cités, on observe l'usage de :

- Diazépam® qui est consommé en comprimés par injection et dont l'effet au niveau du système veineux est très délétère (apparition de veinites).
- Zyprexa® dont la prescription est liée au traitement de l'anxiété et qui est consommé par de nombreux usagers, dont des personnes incarcérées. Ces derniers commencent l'usage à l'occasion d'une prescription du médecin mais développent ensuite un usage abusif qui dépasse l'AMM.
- Akineton®³⁸ : Ce médicament est prescrit pour pallier les syndromes parkinsoniens induits par les neuroleptiques. Lorsque les effets secondaires sont trop importants, l'arrêt du produit n'entraîne pas le retour des symptômes ayant justifié sa prescription. La question s'est donc posée au sein du groupe focal sanitaire de l'intérêt de sa prescription de façon aussi

³⁶ Zolpidem, somnifère couramment prescrit dans le traitement des insomnies occasionnelles ou transitoires.

³⁷ Risperidone, indiqué dans le traitement de la schizophrénie, des épisodes maniaques, et de l'agressivité chez les personnes atteintes d'Alzheimer.

³⁸ Parfois appelé par les usagers marseillais « Akhénaton », sans doute en référence au nom du chanteur d'IAM.

systématique si, par ailleurs, étant donné ses effets euphorisants, certains usagers bien qu'arrêtant les neuroleptiques, ne veulent pas arrêter l'Akineton®.

- Neocodion® On remarque l'augmentation de la visibilité de boîtes dans les quartiers nord et en centre ville, mais pas celle de ses usagers, qui sont plutôt discrets. L'hypothèse avancée sur les modalités de consommation de ce produit est qu'il est utilisé pour gérer la descente de stimulants (Ritaline® ou Cocaïne) ou le manque d'héroïne, à l'identique de sa forte consommation, dans les années 90, avant la mise en place des traitements de substitution.

Nouveaux produits

En règle générale, on ne relève pas la présence importante de nouveaux produits mentionnés par les usagers, ni de nouvelles associations ou de nouveaux modes de consommations. Cependant, certaines substances dont l'usage avait déjà été remarqué avant, ont été signalées.

Khat³⁹

Signalée de façon épisodique, la consommation des feuilles de l'arbuste (livrées par avion pour être consommées fraîches), semble désormais bien ancrée dans le paysage marseillais, en lien avec la forte communauté comorienne de Marseille (à moins que ce ne soit l'effet d'une plus grande information). Il est dommage de ne pas avoir plus de données sur la consommation de ce type de substance psychotrope pour laquelle existe un fort lien avec le milieu culturel d'appartenance. Il serait intéressant de savoir s'il gagne des publics extérieurs à la communauté d'origine.

Méthylone

Ce produit, évoqué en 2009, ne l'a pas été cette année. On peut signaler quelques ventes et des usagers qui l'auraient expérimenté.

MDA

Le seul témoignage concernant ce produit vient d'une association de RdR qui rapporte le témoignage d'un jeune homme qui vendait du « MDA » et se plaignait de tensions musculaires au visage, un des signes de consommation de ce produit.

Méphédronne

Aucun des usagers rencontrés n'en a consommé, mais ce produit est souvent évoqué en teuf, sans doute par effet médiatique. Cependant, il semblerait que ce principe actif (qui, avec le Méthylone et la Méphédrine, est lié par sa structure à l'amphétamine) ait été disponible ces derniers mois en région PACA.

Appelée « cocaïne de synthèse » (ou, au Royaume-Uni « meuw-meuw »), cette substance induirait, selon les consommateurs, des effets similaires, mais moins puissants que ceux de la MDMA, et avec une descente plus dure à supporter. On en trouve peu ; des professionnels en toxicomanie évoquent sa présence dans des milieux assez fermés. Loin d'être démocratisée et populaire comme a pu l'être l'ecstasy, la consommation de produit peut être observée dans les lieux festifs alternatifs, milieu où les expérimentations et associations de produits surviennent plus régulièrement.

Ephédrine

Cet alcaloïde naturel, stimulant, extrait de plantes et faisant partie de la composition de divers médicaments (notamment dans des anorexigènes, stimulants, etc..) ferait reculer le seuil de fatigue

³⁹ Egalement appelé quat, kat, cath, miraa, thé des Abyssins, thé d'Arabie, thé africain, thé somalien.

chez le consommateur. Cette information est rapportée par l'un des observateurs-clé se rendant en milieu alternatif : selon lui, l'éphédrine est disponible en free party, apparemment vendue sous forme de poudre. Par contre, il n'a aucune information concernant sa réelle composition (naturelle ou de synthèse), son prix, ses effets sur le consommateur, etc... Par ailleurs, cette information n'a pas été confirmée dans le deuxième semestre 2010 donc, constitue, peut-être, un cas isolé au premier semestre.

2-CB

Le 2CB est un hallucinogène de synthèse, disponible au premier semestre 2010 dans la région marseillaise mais dont la présence s'est fait beaucoup plus discrète dans les six derniers mois.

Se présentant sous la forme de gélules, de comprimés, vendus entre 10 et 15€, ou de poudre, il induirait des effets assez agréables mais relativement forts, parfois même « un peu trop » selon certains consommateurs interrogés. D'où une redescente parfois difficile selon l'état d'esprit du consommateur, la quantité absorbée ou sniffée, les éventuelles associations,...

On le trouverait essentiellement dans le milieu festif commercial, lorsqu'il existe un réseau d'approvisionnement spécifique à ce produit. C'est un produit peu disponible car vendu dans des petits cercles accessibles aux consommateurs expérimentés qui ont des contacts pour s'en procurer. L'un des observateurs s'en était procuré lors d'un festival et lors de soirées légalement organisées ; aucune des personnes rencontrées en ce dernier semestre 2010 n'en a consommé personnellement, même s'ils en ont tous entendu parler.

Les associations de RdR marseillaises ont noté quelques demandes de flyers sur ce produit lors des interventions en milieu festif. Une certaine méfiance vis-à-vis de cette substance persiste car elle est perçue comme puissante, hallucinogène à forte dose. Elle est comparée dans ses effets à la mescaline et au MDMA, l'effet empathique en moins. Elle fait passer, selon le dosage, d'un état hallucinatoire ludique à un état désagréable, voire effrayant. C'est un produit qui peut être très déroutant pour des personnes qui n'ont jamais pris d'hallucinogène: il n'est pas considéré comme anodin, notamment parce qu'un faible dosage – une ligne d'1cm de longueur (« *une pointe* ») – suffit déjà à provoquer un état hallucinatoire léger. Par ailleurs, s'il est perçu ainsi, on peut penser que la plupart des échantillons ont un dosage stable et suffisamment actif.

McPP

Ce produit est de plus en plus mentionné par les usagers. Auparavant vendu pour du MDMA, et vécu comme une « arnaque », les consommateurs commencent à avoir conscience de son existence. On a très peu de témoignages sur ses effets (les seuls sont mentionnés dans les rapports TREND). Il est souvent associé à un anti-nauséeux pour réduire ses effets secondaires, décrits comme très désagréables.

Ce lexique est extrait du rapport Trend *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006*, www.ofdt.fr

Quelques ajouts ou modifications ont été introduits ; ils sont signalés par un astérisque en fin de phrase.

Amphétamines, amphétaminiques

Chef de file d'une famille de molécules, les amphétaminiques, l'amphétamine est le plus souvent appelée « speed ». Celui-ci se présente généralement sous forme de poudre sniffée le plus souvent, ou ingérée. Les autres amphétaminiques sont, entre autres, la méthamphétamine (« ice », « chrystal-meth », « yaba »...), la MDMA (méthylènedioxyméthamphétamine, ecstasy), etc. Produits stimulants, les amphétamines effacent la sensation de fatigue et entraînent une insomnie, donnent un sentiment de vigilance, d'euphorie et d'hyperconcentration, suppriment la sensation de faim et augmentent la confiance en soi. L'ecstasy à forte dose, peut en outre modifier les perceptions sensorielles. La consommation chronique entraîne une dépendance psychique et une tolérance. Utilisée de façon thérapeutique par le passé, l'amphétamine n'est plus prescrite que dans le syndrome d'hyperactivité de l'enfant (Ritaline®), uniquement par des spécialistes hospitaliers. La MDMA et la métamphétamine sont classés comme stupéfiants en France.

Ayahuasca

Boisson hallucinogène issue de l'infusion de plantes d'Amérique centrale : *Banisteriopsis caapi* (une liane) et *Psychotria viridis* (arbuste de la famille du caféier). La combinaison des deux permet la libération de diméthyltryptamine (DMT), molécule hallucinogène. La DMT est classée comme stupéfiante en France. L'Ayahuasca est utilisée traditionnellement dans un cadre spirituel et/ou thérapeutique, selon un rituel très précis*.

Benzodiazépines (BZD)

Famille de molécules apparues dans les années 1960 en France. Produits sédatifs, les BZD sont prescrites essentiellement comme anxiolytiques (ex : Valium®), Lexomil®) et comme hypnotiques (ex : Rohypnol®, Halcion®) à plus forte dose. Elles favorisent en outre la relaxation musculaire et entraînent des troubles de la mémoire (voire amnésie de quelques heures). Les différentes BZD se caractérisent également par des durées de vie variable dans l'organisme, qui déterminent la durée des effets. Elles entraînent très rapidement une dépendance physique. La dépendance est plus problématique lorsqu'il s'agit d'une dépendance psychique, qu'elle survienne dans un cadre d'abus et/ou de mésusage et/ou de dépendance associée à d'autres produits (alcool en particulier). Ils peuvent induire une tolérance.

2C-B (4-bromo-2,5-diméthoxyphénéthylamine)

Substance, appartenant à la famille des phénéthylamines, dont les effets seraient proches à la fois de ceux de la MDMA et du LSD, procurant à la fois énergie physique et hallucinations. Classé comme stupéfiant. (www.ofdt.fr, glossaire)

Buprénorphine haut dosage (BHD) / Subutex®

Molécule opiacée agoniste et antagoniste de la morphine disposant d'une Autorisation de mise sur le marché (AMM) dans les traitements substitutifs de pharmacodépendances majeures aux opiacés depuis 1995. La BHD est disponible sous le nom de marque Subutex® sous forme de comprimés destinés à un usage sublingual. La prescription du produit doit se faire sur ordonnance sécurisée pour un maximum de 28 jours avec des délivrances fractionnées par 7 jours. La BHD neutralise partiellement les effets de l'héroïne et calme le syndrome de manque. Elle n'expose pas à un risque

de tolérance mais donne lieu à une dépendance physique. Son classement comme produit stupéfiant est actuellement en discussion.

Cannabis

Plante comprenant plusieurs espèces, le cannabis est surtout connu pour la production de marijuana (herbe), de résine (haschich) et d'huile de cannabis. La teneur en principe actif (Delta9-tétrahydrocannabinol ou Delta9-THC) est très variable selon les zones de production, les parties de la plante utilisée et le degré de « coupe ». Le plus souvent fumé sous forme de cigarette (joint), le cannabis peut être consommé sous forme de gâteau (« space cake ») ou d'infusion, ces modes de consommation restant rares. Souvent classés parmi les hallucinogènes, il possède des effets euphorisants, désinhibants, relaxants. La substance peut induire une dépendance psychique chez les consommateurs quotidiens. Le Delta9-THC est classé comme produit stupéfiant en France.

CAARUD

Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues.

Structures de réduction des risques, anciennement appelées structures de première ligne ou structures « bas seuil ».

Ces structures d'accueil pour les usagers de drogues appliquent des critères d'admission à faible niveau d'exigence. Elles offrent des prestations à des usagers de drogues qui ne souhaitent ou ne peuvent pas (ou pas encore) suivre une prise en charge classique – ou estiment ne pas en avoir besoin. Elles assurent également des activités liées à la promotion de la santé et à la réduction des dommages : par exemples des boutiques, des programmes d'échanges de seringues, des ateliers nutrition... En offrant un lieu de sociabilité et d'écoute par le biais des animateurs de prévention et en officiant comme passerelle vers le système de soins et d'insertion sociale – d'où leur nom de « première ligne », elles complètent le dispositif de prise en charge classique.

Champignons hallucinogènes

Champignons contenant des substances hallucinogènes. Ils induisent des distorsions des perceptions sensorielles, voire des hallucinations. Il existe de nombreuses espèces, certaines proviennent de l'étranger

(Hawaï, Colombie, Mexique...), d'autres poussent en France. Ils sont presque exclusivement utilisées par voie orale soit tel quel, soit au sein d'une préparation culinaire. Les champignons les plus consommés en France sont les psilocybes. Ils n'induisent pas de dépendance. Les genres stropharia, conocybe et psilocybe sont classés comme produits stupéfiants.

Cocaïne

Stimulant obtenu chimiquement à partir de la feuille de coca (chlorhydrate de cocaïne). Le chlorhydrate de cocaïne se présente sous forme de poudre blanche, généralement sniffée et parfois fumée ou injectée ; on peut également le trouver sous forme de crack. La consommation de cocaïne induit une stimulation importante de la vigilance, une sensation d'accélération de la pensée et entraîne une dépendance psychique forte – en cas d'usager régulier sur du long terme*. La substance, quelle que soit sa forme, est un produit classé comme stupéfiant en France.

Codéine

Médicament opiacé, dérivé synthétique de la morphine et utilisé comme analgésique soit seul (Dicodin®, Codenfan®) soit combiné à d'autres molécules (exemple : Codoliprane®), ou contre la toux à doses très faibles (exemple : Neocodion®). Les comprimés sont avalés, parfois injectés. En cas d'injection, l'action pharmacologique de la codéine et ses effets sont comparables à ceux de la morphine ; administrée par voie orale, elle développe une action analgésique environ dix fois plus

faible. L'accès possible à plusieurs de ces médicaments sans prescription a permis à certains héroïnomanes, surtout avant l'accès aux traitements de substitution, de les utiliser comme substitut à l'héroïne (mais cela nécessitait des quantités très importantes). Utilisée principalement par voie orale, elle permet aussi de suivre un traitement de substitution hors du cadre médical, jugé trop contraignant par certains usagers*. La codéine est classée comme stupéfiant en France.

Crack

Stimulant obtenu par adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque à du chlorhydrate de cocaïne. Le produit est également dénommé « freebase » ou « cocaïne base » par les usagers. Il est généralement fumé mais peut aussi être inhalé (pipe), plus rarement injecté (après avoir été dissous dans de l'eau additionnée à un milieu acide). Le crack se présente sous forme de « galette » aisément débitable en morceaux (dits « rochers » ou « cailloux »). Le produit provoque une sensation fulgurante de flash plus puissante que celle induite par la cocaïne. La dépendance psychique s'installe plus rapidement qu'avec la cocaïne. Cette forme dérivée de cocaïne est un produit classé comme stupéfiant.

Datura (*Datura stramonium*)

Plus connue en Europe sous l'appellation « herbe au diable » les feuilles de cette plante sont utilisées en infusion ou fumées pour leurs propriétés hallucinogènes. 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. C'est une plante rarement utilisée en dehors de certaines ethnies d'Amérique, du fait notamment du risque létal en cas de surdose*.

Descente

Période de décroissance des effets d'une substance. Cette phase, selon les substances, peut-être vécue très désagréablement sur le plan psychologique en s'accompagnant notamment de symptômes dépressifs. Les usagers utilisent fréquemment d'autres substances, notamment du cannabis ou plus rarement, des opiacés pour en atténuer les effets*.

Ecstasy

Dénomination la plus fréquente pour des comprimés dont le principe actif est le méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA). A l'heure actuelle cependant il semble que ces comprimés contiennent une plus grande proportion d'amphétamines que de MDMA – ceci étant argumenté chez les usagers par des descentes plus difficiles se rapprochant de celle du speed.

Free party

Fêtes organisées sans autorisation des pouvoirs publics et qui durent généralement une nuit et une demi journée. Elles se déroulent le plus souvent à l'extérieur dans un coin de nature, quelles que soient les conditions climatiques, ou sur des sites industriels abandonnés. Ces manifestations réunissent le plus souvent deux cents à deux mille personnes. L'entrée est gratuite ou sur donation. Les compositions musicales les plus diffusées et appréciées sont le Hardcore, la Hard-teck, la Tribe, la Drum'n bass et plus rarement du punk rock et du ragga.

Hallucinogène (ou psychodysléptique)

Substance psychoactive induisant des distorsions des perceptions. Celles-ci peuvent être visuelles, auditives, spatiales, temporelles ou concerner la perception que l'individu a de son propre corps. La plupart des hallucinogènes sont des végétaux ou des alcaloïdes extraits de ceux-ci et, plus rarement, des produits obtenus par synthèse chimique. On distingue : les phényléthylamines (mescaline,

ecstasy à forte dose), les dérivés indoliques (DMT, psilocybine, Ayahuasca, LSD) ou d'autres hallucinogènes à structures diverses : sauge divinatoire, cannabis, poppers, kétamine. L'alcool est souvent classé dans ce groupe. Les hallucinogènes n'entraînent ni dépendance, ni tolérance.

Héroïne

Molécule opiacée, synthétisée à partir de la morphine, elle-même produite à partir du pavot. Introduite en 1878 en thérapeutique humaine dans les traitements de la douleur, sous le nom de Héroïne®, mais également en tant que médicament de substitution de pharmacodépendance à la morphine, son usage médical a rapidement été interdit. L'héroïne peut se présenter sous forme de poudre blanche (sel acide) ou marron (sel basique). Elle peut être injectée en intraveineuse, fumée ou sniffée. Les propriétés pharmacologiques de l'héroïne, substance sédatrice, sont comparables à celles de la morphine mais elle agit plus vite, plus intensément et plus brièvement. Du fait de sa forte capacité à générer une dépendance psychique et physique ainsi qu'une tolérance, elle est devenue dans les années 1970 le principal produit illicite d'addiction en France. L'héroïne est un produit classé comme stupéfiant en France.

Iboga

L'iboga est une préparation à base de racines d'un arbuste des forêts équatoriales d'Afrique de l'ouest, Tabernanthe iboga. Elle est utilisée dans le rituel Bwiti par certaines tribus africaines*. Son principal principe actif est l'ibogaïne. Utilisée pour ses propriétés hallucinogènes, elle provoque des nausées, des vomissements intenses potentiellement graves, une hypotension et des troubles du rythme cardiaque pouvant conduire à l'arrêt cardiaque, une dépression respiratoire, une hyper ou une hypothermie. Psychostimulante, elle est à l'origine d'agitation, de tremblement, d'incoordination des mouvements parfois de convulsions. La notion du temps peut être perturbée ; un état de somnolence, une ébriété ainsi que des états comateux sont également rapportés. A dose plus élevée, des hallucinations visuelles et auditives peuvent survenir ainsi qu'un sentiment de dépersonnalisation. Son usage est très marginal en France. Il vise la réalisation de traitement psychothérapeutique « express » ou de sevrages radicaux chez les personnes dépendantes à un produit. L'iboga est classé comme stupéfiant en France depuis 2007.

Kétamine

Produit hallucinogène utilisé en France, en anesthésie vétérinaire et humaine (chlorhydrate). Les cauchemars ou hallucinations consécutifs aux anesthésies ont conduit à une forte réduction de son utilisation en médecine humaine. Ce sont en partie ces sensations d'hallucinations qui amènent certaines personnes à utiliser la kétamine de manière récréative. On la trouve le plus souvent sous forme de poudre, parfois sous forme liquide. Elle est principalement sniffée, mais peut être avalée et beaucoup plus rarement injectée ou fumée. Classée comme produit stupéfiant.

LSD (acide lysergique)

Hallucinogène synthétique, le LSD se présente le plus souvent sous forme de buvard destiné à être avalé.

Plus rarement, on le trouve sous forme de micro pointes ou de liquide (« gouttes »). Il a accompagné le mouvement psychédélique et la montée de la contre culture américaine des années 1960-1970. Ce produit n'entraîne ni dépendance, ni tolérance. Le LSD est classé comme stupéfiant en France.

MDMA Ou Méthylène-dioxy-3,4-méthamphétamine

Principe actif de l'ecstasy, il s'agit d'une molécule appartenant à la famille des amphetaminiques. Son usage s'est développé en Europe parallèlement à celui de la culture techno. Les dénominations sont variées, reprenant souvent le logo ou la couleur du comprimé. Si la forme dominante est le comprimé, un développement de poudres supposées contenir de la MDMA a récemment été observé. La MDMA est avalée dans 9 cas sur 10, rarement fumée ou injectée. Les effets recherchés sont un renforcement de la résistance physique pour pouvoir faire la fête plus longtemps, une amplification des sensations

induites par la musique et un effet empathogène. La MDMA est un produit sédatif à doses modérées et hallucinogène à fortes doses. Elle est classée comme stupéfiant en France.

Médicaments psychotropes

Médicaments dont l'effet recherché est de modifier le psychisme. Les principales classes de médicaments psychotropes sont : les hypnotiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les neuroleptiques et les thymorégulateurs (régulateurs de l'humeur). Les médicaments psychoactifs constituent une classe plus large que les psychotropes. Lorsque l'on ne parle pas des médicaments, les mots « psychotrope » et « psychoactif » ont la même signification.

Mescaline

Principe actif du peyotl (*échinocactus williamsii*) et d'autres plantes hallucinogènes, la mescaline provoque des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle. Ses effets sont qualitativement proches du

LSD mais elle est moins puissantes, les quantités nécessaires à l'induction des effets étant bien plus élevées*. Comme avec d'autres hallucinogènes, sa consommation peut occasionner crises de panique, angoisse, paranoïa et autres troubles psychiatriques, de manière plus ou moins durable. Classée comme stupéfiant.

Méthadone

Molécule agoniste des récepteurs opiacés disposant d'une Autorisation de mise sur le marché pour le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. Elle est disponible en France sous forme de flacons de sirop de différents dosages. Sa prescription doit se faire sur ordonnance sécurisée pour un maximum de 14 jours avec des délivrances fractionnées par 7 jours. La prescription initiale doit être faite par un médecin exerçant en Centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) ou en hôpital. Médicament classé comme stupéfiant.

Méthamphétamine

Les dénominations les plus connues de cette molécule amphétaminique sont l'Ice (cristal de méthamphétamine appelé encore crystal) et yaba (comprimés de méthamphétamine). Les effets stimulants de la méthamphétamine sont plus puissants et plus durables que ceux de l'amphétamine. La consommation chronique entraîne une dépendance psychique et une augmentation des doses consommées. La méthamphétamine est classée comme stupéfiant.

Méthylone

« Le Méthylone simule les effets de la MDMA. Il se présente sous la forme d'une poudre sous forme cristalline de couleur beige ocre. La durée des effets est présentée comme étant similaire à ceux de la MDMA : sentiment d'empathie exacerbé, envie de partager et d'échanger. Les seules différences annoncées relèvent de la subjectivité des usagers : *« des effets plus philosophiques et moins sensuels »* (CMSEA, ORSAS Lorraine, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2008. Tendances récentes sur le site de Metz*, 2009, OFDT)

Morphine (sulfate de)

Molécule agoniste opiacée disposant d'une Autorisation de mise sur le marché pour le traitement des douleurs intenses et/ou rebelles aux autres produits analgésiques. Le traitement est disponible sous forme à action brève et sous forme à action prolongée (Moscontin LP® et Skénan LP®). Les présentations d'action prolongée sont parfois utilisées comme traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés. La morphine est un sédatif classé comme stupéfiant.

Opium

Suc épaissi obtenu par incision, avant la maturité du fruit, des capsules d'un pavot. L'opium a donné lieu au XIXe siècle au développement d'une opiomanie. En France, avant la première guerre mondiale, il était moins coûteux de recourir à l'opium qu'aux alcools forts. La loi du 12 juillet 1916 a mis un terme à la consommation du produit dans les fumeries. En pratique, l'opium est traditionnellement fumé ou inhalé sous forme de vapeurs, plus rarement ingéré (généralement pour une utilisation thérapeutique) ou prisé (pour la poudre d'opium). Il est rarement utilisé en France.

Polyconsommation

Conduite associant de façon simultanée ou séquentielle la consommation de plusieurs substances psychoactives. Ce comportement a des conséquences d'autant plus redoutables que les signes caractéristiques de l'usage d'un seul produit ne sont plus visibles. Le diagnostic clinique devient alors difficile à établir en cas d'intoxication aiguë. Le traitement de ces intoxications est également souvent délicat.

Programme d'échange de seringues (PES)

Mise à disposition de seringues à l'unité ou de trousses de prévention dans des lieux fixes (associations, pharmacies) ou mobiles (bus, équipes de rue) pour les utilisateurs concernés et généralement déjà connus des équipes de prévention et de soins*. Par extension, sont nommés PES les lieux où sont distribuées les seringues. Ces programmes ont été mis en place à la fin des années 1980.

Psychoactif (produit ou substance)

Qui agit sur le psychisme en modifiant le fonctionnement du cerveau, c'est-à-dire l'activité mentale, les sensations, les perceptions et le comportement. Au sens large, beaucoup de produits possèdent un effet psychoactif (chocolat à forte dose et café par exemple), mais tous ne posent pas problème. Dans un sens plus restreint, les substances psychoactives sont celles dont l'usage peut être problématique. On classe habituellement les substances psychoactives en trois catégories : les sédatifs, les stimulants et les hallucinogènes. En dehors du cas particulier des médicaments (voir médicaments psychotropes), les termes psychotropes et psychoactifs ont la même signification.

Rachacha

Résidu d'opium obtenu par transformation artisanale du pavot. Il se présente sous forme de pâte molle de couleur marron ou rouge qui peut être fumée (voie pulmonaire) ou ingérée (voie orale). Classé comme stupéfiant.

Rave party

Les raves parties rassemblent jusqu'à six mille personnes pour des soirées événementielles organisées dans de grands espaces loués pour l'occasion, voire en plein air pendant la saison estivale. L'entrée est payante et de prix variable en fonction de la programmation. Les styles de musique écoutée sont différenciés et le plus souvent, plusieurs dance-floors laissent le choix des genres : Trance, Jungle, Drum'n'bass, mais aussi des courants musicaux plus 'durs' comme le Hardcore et le Hard-teck.

Stimulants (ou psychoanaleptiques)

Produit qui ont pour particularité d'augmenter l'activité psychique. Les principales substances addictogènes stimulantes sont la cocaïne (dont crack), les amphétamines (dont l'ecstasy à doses modérées). D'autres produits sont considérés comme des stimulants mineurs : caféine et nicotine par exemple.

Stupéfiants (produits ou substances)

Substance inscrite dans l'une des listes de stupéfiants telles qu'elles sont été définies par la Convention unique de 1971 sur les stupéfiants. Si ces derniers constituaient initialement un groupe de substances réunies par leur propriété commune à inhiber les centres nerveux et à induire une sédation de la douleur (opiacés essentiellement), ils rassemblent aujourd'hui, au sens juridique, un ensemble de produits, variables quant à leur structure, leurs propriétés pharmacologiques et leur capacité à induire une pharmacodépendance. Les critères de classement d'une substance comme stupéfiant reposent sur deux principes : son potentiel à induire une pharmacodépendance et les dangers qu'elle représente pour la santé publique.

Synthèse (drogue, ou produit ou substance)

Droque produite artificiellement et non extraite de végétaux. Couramment, le terme de « drogues de synthèse » constitue l'appellation générique de diverses drogues spécifiquement conçues (synthétisées) pour leurs effets euphorisants, stimulants ou psychodysléptiques par exemple : LSD, ecstasy, kétamine, dérivés du Fentanyl, GHB... Ces produits se présentent généralement sous la forme de comprimés ou de gélules.

Teknival

Festival de musique techno organisé le plus souvent sans l'autorisation des pouvoirs publics. Il peut durer jusqu'à cinq jours et rassembler de trois à quinze mille personnes.

Traitement de substitution aux opiacés (TSO)

Modalité de traitement médicamenteux d'une personne exprimant une pharmacodépendance, reposant sur l'administration d'une substance ayant une activité pharmacologique similaire à celle de la drogue addictive (l'héroïne ou un autre opiacé en l'occurrence). La substitution vise à stabiliser la consommation d'opiacés illicites ou, pour le moins, à la diminuer, à insérer le patient dans une logique de soins psychiques et physiques. En limitant ou en supprimant le manque psychique (besoin compulsif de consommer le produit illicite), elle permet d'échapper aux risques de cette consommation et offre surtout un répit qui facilite l'élaboration et la mise en oeuvre d'un projet de vie. Depuis 1995, les médecins disposent de deux médicaments : la Méthadone et la Buprénorphine haut dosage. Quelques rares patients sont également traités avec des sulfates de morphine, mais il n'existe pas pour ce dernier médicament d'Autorisation de mise sur le marché.