

**PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS
LIÉS AUX DROGUES
EN 2004**

**TENDANCES RÉCENTES
SUR LE SITE
DE MARSEILLE**



TREND

Marseille 2004

Sandrine MUSSO
Chargée d'étude et de coordination

Etienne ZURBACH
Coordonnateur site TREND Marseille

CIRDD PACA

Accueil 17 rue du terras 13002 **MARSEILLE**
Tél : 04 96 11 57 66 Fax : 04 91 91 24 03 Email : doc@ampta.org Internet : www.cirdd-paca.org
Adresse postale AMPTA / CIRDD PACA BP 92106 13 203 Marseille cedex 01

CONTRIBUTIONS AU PROJET

▪ RESPONSABLES D'OBSERVATIONS

- Milieu festif :
Mme Catherine REYNAUD – GRVS Nice
- Milieu urbain :
M. Ali BENREZKALLAH - AMPTA

▪ ENQUETEURS CANNABIS

- Mlle Carine MAGEN
- Mlle Aurore CAPEAU
- Mme Sabine PETIT
- Mme Julie BALBUENA

▪ PRINCIPAUX PARTENAIRES ASSOCIES A TREND EN 2004

- AIDES
- AMPTA - Accueil Cannabis
- ASUD Marseille
- Médecins du Monde Marseille
- Mutualité Française des Alpes Maritimes
- SOS Drogue International - Point Ecoute
- SOS Drogue International - Sleep' In
- Le TIPI

▪ GROUPE FOCUS SANITAIRE

- Professeur Xavier THIRION
Laboratoire de Santé Publique, CEIP centre associé Marseille
- Dr Pierre TOUBIANA
Directeur adjoint Service Santé Environnement Ville de Marseille
- Dr Joëlle MICALLEFF
CEIP de Marseille - OPPIDUM
- Dr Marianne HODGKINSON
CSST des Baumettes, SMPR
- Mme Sylvie MONNIER
Psychologue au CSST des Baumettes
- Dr Hans GADELIUS
Médecin urgentiste, Hôpital Nord
- Dr Joëlle GOURIN
Médecin généraliste, Sleep' In – SOS DI
- Mme Jocelyne GOYAND
Chef de Service, Sleep' In – SOS DI
- Dr Marie-Laure DE SEVERAC
Chef de service CSST Daniel Casanova –SOS DI

- Dr Karine BERTOLO
CHU Ste Marguerite, Service du Pr. LANCON, Addiction Sud
- Dr Nathalie LABRUNE
CHU Ste Marguerite, Service Pr. LANCON, Addiction Sud
- Dr Brigitte ROQUE
CSST Nationale AMPTA
- Dr Véronique LAPIERRE
Service Médical, Echelon local de l'Assurance Maladie
- Dr Patricia MOISAN
Psychiatre, Intersecteur des pharmacodépendances
- Mme Martine GUILLOT
Infirmière, Intersecteur des pharmacodépendances
- Dr Gérard CORUBLE
MISP DDASS 13
- Dr Jocelyne ARDITTI
Praticien hospitalier APMH (Hôpital Salvator- CEIP)

▪ **GROUPE FOCUS REPRESSIF**

- M. Alain LABOUZ
*Conseiller technique auprès du Sous Préfet ville
Chef de projets Drogues et dépendances*
- Mme Patricia CLAVET
Capitaine UPP 4^{ème} 5^{ème} Arrondissements
- M. Xavier THIRION
Professeur de Santé Publique, CEIP de Marseille
- M. Bruno TANCHE
Directeur de l'AMPTA
- Mme Erika KULHMAN
Ingénieur Laboratoire de Police Scientifique Section toxicologie
- Mme Jacqueline SAMAT
Ingénieur chef Laboratoire de police Scientifique Section Stups
- M.Gérard RIPOLL
Responsable de l'Unité de prévention Urbaine - Police Nationale
- Mme Sandrine VAUTHIER
Gendarme à la BPDJ, Aix en Provence
- M Yves BEERNAERT
Adjoint au commandant de groupement chargé de la police judiciaire
- M. Henri DUMINY
Adjoint au chef de la sûreté générale, DDSP 13
- M. Alain BESALDUCH
Capitaine, chef de la Brigade des stups, sûreté départementale
- M. Eric BURLE
Commissaire Principal, chef DSP de la DIPJ, Marseille
- M. Olivier MAUREL
Vice-procureur TGI de Marseille
- M. Frédéric AYMARD
Inspecteur des douanes chef du contentieux et LCF à la DI Méditerranée

- M. DI STEFANO Louis Jacques
Formateur anti – drogue, Capitaine chef, commissariat 7^{ème} arrondissement PFAD

▪ **COMITE DE SUIVI**

- Mme Sandrine MUSSO
CEIP centre associé Laboratoire de Santé Publique – AMPTA
- Pr. Jean-Louis SAN MARCO
*Directeur du Laboratoire de Santé Publique
Président de l'INPES*
- M. Bruno TANCHE
Directeur de l'AMPTA
- Pr. Xavier THIRION
Professeur de santé publique CEIP centre associé Marseille
- M. Etienne ZURBACH
*Responsable CIRDD PACA
Coordonnateur TREND*

Remerciements à :

Anne FERENCZI, Béatrice BESSOU, Florence CHEVALLET (documentalistes au CIRDD PACA), Yamina, Alexandra, Nasser, Mathieu R. et Abdel (Equipe ASUD Marseille), Philippe AUBERT, Stéphanie LOMBARDO, Dalila MEKHALFA, Djamel MOUFFOK (Equipe AIDES), Daniel GEORGES, Daniel BARRAUD (SOS Drogues international), Mansour HAMADI, Dr Jawad GUERROUDJ, Dr Guillaume BAYET, Véronique (Médecins du Monde) Yves Dupont, Nicole Ducros (Le TIPI) et Jérôme RAYNAUD (Mutualité française des Alpes Maritimes).

SOMMAIRE

ORGANISATION DU RECUEIL DE DONNEES _____ 6

LES OUTILS DE RECUEIL DE TREND 2004 _____ 6

1. Espace urbain _____ 6
2. Espace festif _____ 8
3. Comparaisons des espaces urbain et festif _____ 8

SYNTHESE 2004 DU SITE _____ 8

4. données générales _____ 8
5. produits en circulation _____ 9
6. les usagers _____ 10

OBSERVATIONS ET RESULTATS DU SITE EN 2004 _____ 11

7. L'évolution des contextes _____ 11
8. Caractéristiques des usagers _____ 13
9. L'état de santé et les manifestations de morbidité _____ 17
10. L'aggravation des difficultés sociales et des problèmes de santé psychiques _____ 18

LES PRODUITS EN 2004 _____ 18

11. L'usage d'opiacés _____ 18
12. Ecstasy _____ 22
13. Amphétamines – Speed _____ 25
14. L'usage de produits hallucinogènes _____ 26
15. La Kétamine et autres hallucinogènes d'origine synthétique
(GHB, protoxyde d'azote...) _____ 28
16. Les champignons hallucinogènes et autres produits d'origine naturelle _____ 31
17. L'usage de médicaments psychotropes _____ 33
18. Les autres benzodiazépines
(Valium®, Xanax®, Stilnox®, Lexomil®, Rivotril®...) _____ 34
19. Nouveaux produits _____ 36

NOTES THEMATIQUES

- CANNABIS _____ 38
- EVOLUTION DES CONSOMMATIONS DE COCAINE _____ 51
- EVOLUTION DES PRATIQUES D'INJECTION _____ 61

Etude TREND 2004 Marseille

ORGANISATION DU RECUEIL DE DONNEES

Deux évolutions importantes du dispositif TREND ont caractérisé l'année 2004 sur le site de Marseille.

La première évolution concerne le travail en partenariat. Cette tâche, initiée en 2001 et 2002 avait rencontré en 2003 des difficultés l'empêchant d'être poursuivie cette année là.

L'enrichissement de ce travail a été une priorité constante au cours de l'année 2004, accompagné de l'engagement à restituer les résultats de l'étude auprès des acteurs locaux, lesquels avaient exprimé leur désir d'avoir un retour des études auxquelles ils avaient participé.

La seconde évolution importante en 2004 concerne la méthodologie utilisée. Un nouveau dispositif d'observation ethnographique a été mis en place, selon les recommandations nationales communes à tous les sites TREND de l'OFDT.

Ce dispositif a entraîné une évolution des rôles et attributions des responsables d'observation et le recours à des « *observateurs clés* ». Cette méthodologie est venue modifier les pratiques des responsables d'observation chargés depuis cette année de recruter des observateurs issus du milieu observé, les informer des méthodes de travail et de la nature des investigations, recueillir auprès d'eux régulièrement leurs observations et communiquer des informations permettant de rédiger une note de synthèse périodique.

Cette évolution correspond à un souci de qualité dans le travail d'observation de TREND.

Elle a été appliquée dans les deux espaces d'observation, mais avec des fortunes diverses.

La mobilité des observateurs a rendu difficile le suivi du recueil mensuel de données dans l'espace urbain.

Pour l'espace festif, les informations étaient recueillies depuis 1999 par le biais de l'intervention en milieu festif de la mission rave de la Mutualité Française. La responsable d'observation s'est interrogée sur le risque d'assimilation, dans un milieu particulièrement sensible, du rôle de l'« *observateur clé* » à celui d'informateur de la police, nécessairement préjudiciable à l'étude. La mise en place tardive de cette nouvelle forme de recueil a donné lieu à des entretiens rétrospectifs avec les observateurs clés, ce qui ne correspond donc qu'imparfaitement à une « *veille* » telle qu'elle est pensée dans le dispositif ethnographique théorique.

Par ailleurs, en début d'année 2004, trois thèmes ont été retenus pour le site de Marseille, devant faire l'objet de notes thématiques.

Les trois thématiques sont les usages problématiques du cannabis, l'évolution des pratiques d'injection, et les consommations de cocaïne ou « *free-base* » / crack.

LES OUTILS DE RECUEIL DE TREND 2004

1. Espace urbain

1.1. Entretiens avec les responsables et/ou salariés des structures de réduction des risques

Le site de recueil TREND concerne la ville de Marseille et non le département des Bouches-du-Rhône ou la région Provence Alpes Côte d'Azur. L'observation sur le territoire marseillais est fortement liée aux structures de réduction des risques, toutes présentes dans l'hyper centre, lieu de convergence des publics usagers de drogues précarisés.

En raison de l'organisation sur le site de Marseille d'enquêtes de l'INVS en 2004, le choix a été fait cette année de ne pas procéder à un recueil quantitatif bas seuil. Un questionnaire qualitatif bas seuil a néanmoins été renseigné par l'association ASUD - Marseille et des entretiens qualitatifs ont pu être menés avec certains responsables, salariés et/ou bénévoles de structures d'accueil de première ligne ou intervenants auprès d'usagers de drogues dans le cadre de la réduction des risques (AIDES Provence, Equipe du « *Bus Méthadone* » de Médecins du Monde, Sleep'In, Equipe de proximité de SOS DI, ASUD Marseille, Le Tipi).

1.2. Le dispositif d'observation ethnographique

Des notes d'observation régulières ont été réalisées par le responsable d'observation en milieu urbain. Le dispositif ethnographique tel qu'il a été pensé dans le cadre de TREND, à savoir la mise en place d'un réseau de cinq observateurs de terrain disposant, indépendamment de leur participation au dispositif TREND, d'informations sur les consommations de produits psychoactifs, a été mis en place par le responsable d'observation au cours des derniers mois 2004.

Des difficultés de suivi n'en demeurent pas moins pour certains de ces observateurs. Elles sont liées aux trajectoires des personnes quand elles sont usagères de drogues et peuvent « disparaître », soit du fait d'un épisode carcéral, soit du fait de la mobilité induite par la précarité et l'absence de logement stable.

La mise en place du dispositif ethnographique en milieu festif a également été faite au cours des derniers mois de l'année, les entretiens menés avec les « observateurs clés » par la responsable d'observation ayant donc pris la forme d'un bilan rétrospectif et non d'une veille mensuelle.

1.3. Le questionnaire « usagers fréquents de cannabis »

Une enquête concernant les « usagers fréquents de cannabis » a été réalisée dans le courant du mois de mai 2004. Un questionnaire a été rempli par des enquêteurs et/ou par des membres de structures.

Les critères d'inclusion de l'enquête étaient les suivants :

- être âgé de 15 à 29 ans
- avoir fumé un joint tous les jours au cours du dernier mois, ou 20 joints au cours des 30 derniers jours.

Dans les structures d'offres de soins, le seul pré-requis était la demande de soins en lien avec une consommation de cannabis.

123 questionnaires ont été renseignés, dont 91,1% dans la rue.

1.4. Les groupes focaux

Deux groupes focaux se sont réunis dans le cadre du dispositif de recueil de données 2004.

Un groupe focal sanitaire a été réalisé en novembre 2004, avec 15 participants venant des différents services et réseaux de soins spécialisés, de services hospitaliers et des équipes en charge de la Réduction des risques.

Etaient présents les personnes en charge d'études spécifiques (Oppidum, Assurance Maladie) des institutions de la santé publique (Mission Sida Toxicomanie de la Ville de Marseille, DDASS, Laboratoire de Santé Publique).

Le groupe focal répressif a eu lieu en mars 2005, à l'invitation du Sous Préfet à la Villen, Chef de projet « drogues et dépendances ». Il a réuni des représentants du Parquet, de différents corps de la police nationale (Sûreté Urbaine, Police Judiciaire, Stups, Unité de prévention, commissariats d'arrondissements, laboratoire de police scientifique), de la gendarmerie et des douanes.

1.5. La « veille média » locale

Avec l'aide des documentalistes du CIRDD PACA, une revue de la presse locale (La Provence, La Marseillaise, Nice Matin et Var Matin) rendant compte d'évènements ou de saisies liées aux usages de produits psychoactifs a été réalisée.

La presse fait surtout référence en la matière à des saisies et/ou à des procès.

2. Espace festif

2.1. L'observation ethnographique

En 2004, l'observation ethnographique de l'espace festif en région PACA a porté sur des sous-groupes distincts de population qui sont généralement amalgamés sous le vocable générique de « *participants à des fêtes techno* ».

2.2. Le questionnaire qualitatif

Aux observations recueillies auprès d'observateurs clés insérés dans l'espace festif alternatif et l'espace festif commercial, s'ajoutent les éléments recueillis dans le cadre du questionnaire qualitatif renseigné par la Mutualité Française des Alpes-maritimes.

3. Comparaisons des espaces urbain et festif

Les modalités de recueil sont donc différentes dans l'espace urbain et dans l'espace festif, et dans la définition géographique de ces espaces également.

S'agissant de l'espace urbain, les données présentées dans ce rapport sont donc principalement le reflet de ce que les professionnels, intervenants et militants des associations de réduction des risques liés aux usages de substances psychoactives observent dans l'espace urbain marseillais.

Par voie de conséquence, les données renvoient majoritairement (à l'exception de l'enquête « *usagers fréquents de cannabis* » et de certains constats du groupe focal répressif) à des usagers en situation de grande précarité n'ayant pas les moyens de « *caler* » leur consommation, laquelle s'inscrit dans une configuration de difficultés et de problèmes sociaux et médicaux plus vaste (logements, droits sociaux, emploi, co-morbidités psychiatriques).

Cette figure majeure de « *l'usager marseillais* » se dessine néanmoins avec quelques « *variantes* » qui sont liées à l'âge, l'ancienneté de la consommation et à l'origine sociale ou territoriale (quartiers périphériques, statut d'étranger...)

D'autre part, l'ethnographie de l'espace festif, en apportant des informations riches sur quelques tendances et les types de produits consommés, ne permet toutefois pas de façon générale, de décrire les conséquences sanitaires et sociales de l'usage des produits.

3.1. Limites du recueil des données et de la catégorisation en termes d'espace urbain / espace festif

Certains éléments issus de notes d'observations menées en espace urbain et dans l'espace festif tendent à souligner la non étanchéité et les limites des définitions de ces deux espaces. A titre d'exemple, un observateur en milieu urbain ne peut contacter un groupe d'usager en squat un week-end car « *ils sont tous partis dans une grande teuf* ». Certaines notes d'observation recueillies en milieu festif font état de consommations de Kétamine dans l'espace urbain marseillais (squats), alors que quasiment aucun acteur des structures « *bas seuil* » ne fait état de cette consommation.

SYNTHESE 2004 DU SITE

4. Données générales

Alors qu'elle se situe plutôt dans la moyenne nationale pour ce qui concerne les usages de substances licites, notre région se distingue par un certain nombre de données majeures concernant les usages de drogues illicites.

La région PACA est, d'après les dernières données 2002-2003 de l'étude ESCAPAD de l'OFDT en première position, à 17 ans sur le territoire national pour l'expérimentation, l'usage régulier de cannabis et l'expérimentation de cocaïne. Elle est dans cette même enquête la 2^{ème} pour l'expérimentation de produits inhalant, et la troisième s'agissant de l'expérimentation de LSD.

Les données OCRTIS relèvent pour l'année 2003 que les Bouches-du-Rhône sont après Paris le département où les interpellations pour trafic local et usage revente de cocaïne sont les plus nombreuses.

Le Subutex® est dans l'espace urbain marseillais le premier produit injecté parmi les usagers des structures de première ligne.

Les données de la base ILIAD placent de 1999 à 2002 le département des Bouches-du-Rhône au troisième rang en France pour la vente de Subutex® en nombre de boîtes.

Un ensemble d'indicateurs souligne l'importance sur le site de la prescription de Subutex®, et l'importance de la revente de rue le concernant.

Les données du rapport CNAMTS/OFDT montrent un indice de détournement qui concernerait 11% des quantités prescrites de Subutex®.

Les résultats de l'analyse des données locales de l'enquête OPPIDUM d'octobre 2003 montrent que l'obtention illégale de BHD concerne 19% des patients suivis dans les CSST, tandis que, pour les personnes insérées dans un protocole de substitution, le Subutex® est le produit de substitution pour 60% de l'échantillon de l'étude, tandis que la méthadone est celui de 40% des personnes. Ce dernier chiffre rend néanmoins compte d'une augmentation significative de la méthadone dans les protocoles de substitution.

5. Produits en circulation en 2004

Le **retour de l'héroïne** est attesté par les acteurs du répressif et les structures en lien avec les usagers de drogues. Les acteurs du répressif signalent une augmentation significative de l'héroïne dans les saisies policières – tout en restant dans des quantités minimales à comparer avec la cocaïne - et le fait qu'elle serait vendue à un prix moins élevé que celui de la cocaïne.

Ce retour est lié à un approvisionnement à nouveau assuré en provenance des filières traditionnelles (venant d'Afghanistan, par la Turquie et l'Italie).

L'héroïne saisie serait de piètre qualité ce qui expliquerait, de manière concomitante à une politique offensive au niveau du trafic, son faible prix (autour de 30/40 €uros). Ce n'est pas de la « marseillaise », la mythique héroïne blanche des années 70, dont certains usagers se souviennent encore avec nostalgie...

Cette dernière donnée est toutefois en contradiction avec les propos rapportés par certains usagers déclarant en 2004 avoir consommé de l'héroïne de grande qualité, mais effectivement peu chère. D'autres signalent l'existence d'une héroïne plus chère et de grande qualité. Ce manque de convergence dans les propos pourrait s'expliquer par un marché de l'offre très divers, plutôt fluctuant et occasionnel, mais cela demande à être confirmé.

2004 se caractérise aussi par la **poursuite de la diffusion massive de cocaïne**.

En 2002 et 2003, les rapports de site signalaient une « *démocratisation de l'usage de cocaïne* » et ce fait continue à être attesté. Les acteurs du répressif signalent la poursuite de saisies de plus en plus importantes de cocaïne et d'ecstasy. Ce fait entraîne, par voie de conséquence, une diversification des profils sociodémographiques des consommateurs et une variété de modalités d'usages.

En revanche les prix restent stables au regard de ce qui avait été noté en 2003 : la fourchette va de 30 €uros, pour une cocaïne de piètre qualité « *coupée aux amphétamines et au speed* » à 80 €uros. Le prix moyen se situe autour de 50-60 €uros.

L'usage est fréquemment évoqué comme récréatif mais les services de soins connaissent des individus dépendants. Parmi les usagers en contact avec les structures de première ligne, la cocaïne consommée en « *extra* » entraîne des prises de risques conséquentes quand elle est injectée. Elle demeure toutefois, du fait de ce statut « *d'extra* », moins souvent injectée que le Subutex®.

Le mode de régulation principal de la consommation de cocaïne et un déterminant de son accessibilité est l'argent dont on dispose pour s'en procurer.

En milieu festif, l'augmentation de l'usage de cocaïne est également notée en 2004. Si la cocaïne consommée l'est très majoritairement en sniff, des consommations sous forme de free-base sont, comme nous le verrons, également observées.

L'Artane® occupe, dans les propos recueillis localement, la place attribuée au crack sur d'autres sites. Les deux produits sont d'ailleurs fréquemment mis en parallèle faisant de l'Artane® une sorte de « *crack marseillais* ». Le produit est qualifié de disponible et accessible par « *vagues* », « *c'est cyclique* ». Sa consommation concernerait les usagers les plus précarisés « *qui aiment la défonce* ».

Le trait saillant principal des consommations est la polyconsommation. Celle-ci concerne tant les usagers visibles dans les structures de première ligne de l'espace urbain que les usages de produits en général.

Les observations conduites dans l'espace festif signalent que de nouveaux produits consommés de façon récréative et volontaire sont identifiés en 2004. Il s'agit principalement des champignons mexicains et de la *Salvia Divinorum* dans l'espace festif alternatif et du GHB dans l'espace festif commercial[®].

Notons particulièrement que ces trois nouveaux produits consommés sont généralement achetés à distance grâce à Internet. Comme précisé précédemment, on peut ajouter aux produits nouvellement consommés en 2004 le LSD en micro pointes et le speed en pâte car l'accessibilité de ces deux produits a augmenté de façon très importante au cours de l'année 2004.

6. Les usagers

L'apparition de « nouveaux profils » liée aux usages répétés de cannabis. Les acteurs du secteur sanitaire décrivent l'augmentation, dans leurs files actives, de nouveaux usagers concernés par un usage problématique de cannabis.

Ce fait peut être mis en rapport en premier, avec l'augmentation du nombre de personnes concernées et de ce fait par la fréquence de rencontres avec des usagers en difficulté. Il est lié aussi avec la médiatisation accrue dont le cannabis fait l'objet et avec les modifications des politiques publiques concernant ce produit. Ces nouveaux usagers sont présentés comme des garçons adolescents, d'un niveau social élevé et consommant du cannabis en grande quantité. Cette nouvelle population est distinguée de celle qui était vue auparavant dans les services d'urgences et qui présentait des problèmes en lien avec l'usage de cannabis. Cette distinction se fonde non seulement sur les caractéristiques socio-économiques de ces jeunes « *plutôt bien insérés socialement* », mais aussi sur les formes prises par le recours à l'institution de soins, notamment la place de la famille dans ces recours.

La précocité accrue de l'expérimentation du cannabis et les usages de gaz propulseurs (spiromanie) dans la classe d'âge des 11-13 ans. Ces constats ont été le fait d'acteurs du répressif qui indiquent par ailleurs une absence de caractéristique sociodémographique propre à ces préadolescents et en insistant sur la diversité des collèges au sein desquelles ces observations ont été faites.

La polyconsommation comme trait saillant des usages. Celle-ci concerne tant les usagers inscrits dans les structures de soins spécialisés ou d'accueil bas seuil (le rapport CNAMTS/OFDT indique que Marseille est la ville où l'on compte le plus de co-prescription de psychotropes et produits de substitution ; l'étude Coquelicot (étude de faisabilité) de l'INVS montre que 70% des sujets inclus sont polyconsommateurs (avec un nombre moyen de 2,6 produits consommés). Cette polyconsommation concerne des couches sociales de plus en plus larges. A titre d'exemple, évoquons le drame qui s'est déroulé à Marseille cet été au mois d'août : deux jeunes gens ayant précédemment utilisés de l'ecstasy ont été retrouvés décédés à la suite d'une prise de cocaïne laquelle était, selon un membre du groupe focal répressif, coupée à l'héroïne. La presse se fait dans la même période l'écho de l'augmentation des consommations dans les lieux festifs privés marseillais.

Concernant les usagers problématiques vus et rencontrés par les structures spécialisées de première ligne, **les co-morbidités psychiatriques sont présentées comme un problème majeur**, bien qu'elles ne fassent pas l'objet, comme nous le verrons, d'une approche consensuelle selon les acteurs.

La précarité sociale accrue des usagers est aussi soulignée, ainsi que l'impact accru des usages, dans ce contexte, sur les problèmes psychiques rencontrés. **La situation des sortants de prison**, notamment à l'issue de la mise en place de la loi dite « *Perben 2* ». Celle-ci a, d'après des acteurs du sanitaire intervenant en prison, un impact sur la définition des missions du service social des prisons. Dans un contexte de manque d'étayage à l'extérieur lié aux difficultés globales rencontrées par le réseau de prise en charge, la situation des sortants de prison est décrite comme particulièrement

[®] Un article de la presse locale marseillaise fait également état cette année d'un décès lié à un usage récréatif de GHB lors d'une soirée privée : La Provence 7 mars 2004 : « *La drogue du viol a tué dans une soirée privée* ». La consommation de GHB aurait eu lieu dans le cadre d'une « partie fine » réunissant trois « gays ». Le produit est présenté dans ce quotidien comme « *appelé aussi « liquid extasy ou fantasy » ce liquide incolore et sans saveur circule dans les milieux branchés de la nuit. On peut aussi s'en procurer sur internet* ».

préoccupante. L' « explosion » de la consommation de cannabis à l'échelle quantitative et son association plus systématique avec l'alcool est signalée en prison.

OBSERVATIONS ET RESULTATS DU SITE EN 2004

7. L'évolution des contextes

7.1. Espace urbain

Les difficultés rencontrées par le système socio-sanitaire d'accueil et de prise en charge des usagers de drogue restent prégnantes. Si, dès 2001, des constats sont réalisés sur la précarité des dispositifs d'accueil et de prise en charge, il n'en demeure pas moins que la situation s'est encore dégradée en 2002, année du « *gel républicain* » et de l'arrêt d'activité de certaines structures. Plus récemment, en juin 2004, une manifestation a réuni sur le Vieux Port un ensemble d'intervenants en toxicomanie ou travaillant dans le domaine de la prise en charge des publics en situation de précarité, en réponse à la baisse des budgets alloués. L'ensemble des structures connaît une situation de précarité qu'il est devenu quasiment rituel de souligner. Pour l'avenir, remarquons que la situation « *administrative* » des structures dans le champ des addictions et de la réduction des risques va connaître une évolution majeure: passage des CSST sur un financement de l'assurance maladie, création prévue par la loi de santé publique des CAARRUD,... qui pourra apporter stabilité à un dispositif qui s'est toujours distingué par son statut d'exception.

A ce contexte difficile s'ajoute une moindre pratique de ce qui a pourtant constitué à la fin des années 90, une des priorités locales de l'action publique en matière d'intervention socio-sanitaire : le recours au travail de rue spécialisé.

La Mission Sida Toxicomanie et Prévention des conduites à risques de la Ville de Marseille, la DDASS et le chef de projets avaient en effet institué un programme innovant dénommé « *Renforcer le travail de proximité* », pour améliorer l'accès aux soins d'usagers de drogues et leurs compétences dans la prévention des risques. Ce dispositif a compris jusqu'à 20 agents de prévention, couvrant l'ensemble de la ville. Du fait qu'il était appuyé sur des contrats en « *emplois jeunes* », et qu'il n'a pu être repris par de financements spécifiques, il est aujourd'hui quasiment en panne.

Dans les quartiers périphériques, en dehors du travail réalisé par l'équipe de proximité de l'association SOS DI, sur le secteur du 14^{ème} arrondissement, et la présence d'animateurs de prévention sur certains sites, il n'existe quasiment pas d'accès direct au public usager de drogues, et donc peu de remontée d'information possible, en dehors des quelques éléments fournis par le responsable d'observation.

La moindre pratique du travail de rue où son redéploiement dans certains autres espaces est aujourd'hui en lien avec les questions qui se posent au dispositif de soins et de réduction des risques :

- La difficulté de contacts avec les « nouveaux » usagers, et des plus jeunes
- Les difficultés propres au public ciblé, qui est de plus en plus concerné par des comorbidités psychiatriques
- L'intensification de la présence policière sur Marseille centre, qui augmente la clandestinité des pratiques.

L'adaptation de pratiques nées dans une séquence historique particulière se pose de manière générale. Les structures de réduction des risques font le constat de leurs difficultés à entrer en contact avec les nouveaux usagers, difficultés liées, non seulement aux évolutions des pratiques et des générations d'usagers, mais aussi au contexte répressif global. En outre, le public des structures de première ligne est, comme nous y reviendrons, concerné de manière présentée comme de plus en plus importante par les co-morbidités psychiatriques.

Dans ce contexte, le redéploiement d'activités en milieu festif semble devenir l'« *alpha et l'oméga* » de la prise de contact avec les enjeux actuels de consommation des produits et de poursuite de stratégies de réduction des risques.

S'il n'est bien évidemment pas question de mettre en cause la pertinence de l'intervention en milieu festif, il n'en demeure pas moins que l'espace urbain est de moins en moins investi, et que les connaissances produites à son endroit s'amenuisent. Dans un contexte où l'un des traits saillants est,

à titre d'exemple, la démocratisation de l'usage de produits comme la cocaïne sans qu'il n'y ait pour autant d'arrivée « massive » de consommateurs de cocaïne dans les structures d'offres de soins, les observations sont difficiles à réaliser.

Le deuxième axe de redéploiement d'activités est celui de la précarité et de l'éducation à la santé. Ainsi, Médecins du Monde a entamé la mise en place d'une mission squats et SDF, tandis qu'ASUD Marseille mène des actions relevant globalement de l'éducation à la santé, tel le projet nutrition.

Enfin, des acteurs locaux, personnages importants eu égard à leur rôle historique sur le site, à leurs réseaux et à leurs savoirs en matière entre autres d'usages de drogues et de réduction des risques ont disparu, ce qui met en perspective avec encore plus d'acuité le sentiment globalement partagé d'être à un « tournant », en matière de réduction des risques et/ou de prévention et modes d'intervention.

La lassitude éprouvée à l'endroit des dispositifs d'enquête dans le secteur spécialisé : Marseille a vu ces dernières années se dérouler plusieurs enquêtes conduites par des structures locales ou nationales, dans le domaine des usages de produits illicites. Ce contexte, décrit comme pouvant être un obstacle, est régulièrement souligné dans le cadre des rapports de site TREND. Le sentiment d'être un secteur d'intervention « sur-sollicité » pour des enquêtes est régulièrement réitéré par les intervenants. Il a conduit au choix cette année sur Marseille de ne pas réaliser d'enquête quantitative auprès des structures bas-seuil.

7.2. Espace festif

Au cours de l'année 2004, a pu être observée une dilution des publics généralement rencontrés en milieu festif techno clandestin vers d'autres espaces festifs tel que les soirées/concerts, les festivals, les raves légales ou les discothèques. Notons d'ailleurs que de plus en plus de Sound Systems ou de DJ anciennement impliqués en milieu clandestin, se sont adaptés à ces changements en se produisant aujourd'hui dans des lieux officiels et homologués comme les pubs, certaines discothèques ou clubs.

Ces mouvements sont aussi à l'origine d'une modification du paysage festif institutionnel avec le développement, dans certains établissements, d'« after2 » voire de « before ».

Les observateurs ont noté une augmentation importante du nombre de soirées électro officielles de moyenne et grande envergure (entre 1 000 et 10 000 participants) organisées dans le Grand Sud de la France. Ces manifestations sont des raves légales où les consommations de substances psychoactives sont importantes voire conséquentes.

Une délocalisation d'une partie de la scène festive techno clandestine française du Grand Sud de la France dans les zones transfrontalières a été observée. Ce phénomène est attesté depuis plusieurs années déjà pour le nord-ouest de l'Italie (de 1 à 4 manifestations par mois) et draine une population française estimée à 1 000 personnes.

Il serait d'ailleurs intéressant d'étudier la zone transfrontalière comprise entre le Sud de France et le Nord-est de l'Espagne sur laquelle nous ne disposons que de peu d'informations.

La quasi disparition des manifestations festives techno clandestines de type free-party et une augmentation significative des « squats » ont été notées. Du fait de l'application du cadre légal propre à cette activité, les pressions exercées par les forces de l'ordre sur le mouvement et les organisateurs deviennent très importantes - saisies du matériel de sonorisation, inculpations diverses des organisateurs (pour incitation à la consommation de substances psychoactives illicites, débit de boisson illégal...), verbalisation des participants pour stationnement illégal – et sont à l'origine de ce phénomène.

Le mouvement techno s'est donc adapté et les free-partys des années 90, relativement visibles du fait du nombre important de leurs participants, ont fait place à des rassemblements plus discrets, appelés « squats », réunissant rarement plus de 200 personnes.

8. Caractéristiques des usagers

8.1. Espace urbain

➤ Les polyconsommations

Un thème transversal et pouvant servir de fil conducteur à un certain nombre d'observations et d'enjeux au sein de l'espace urbain marseillais en matière d'usages de produits psychoactifs est sans contexte la question des polyconsommations. Ce thème se décline à des échelles diverses, allant des personnages présentés comme des « *jeunes sans histoire* », aux usagers problématiques rencontrés par les structures de première ligne, et pose aux acteurs du champ sanitaire un certain nombre de difficultés.

➤ Les overdoses médiatisées du mois d'août 2004

A la fin du mois d'août 2004, un événement fait la une des journaux locaux. Il se distingue des thèmes concernant les usages de drogues habituellement traités dans la presse (nombre de kilos saisis ou « *économie informelle des cités* »).

Cet événement concerne deux jeunes gens (une jeune femme et un jeune homme), âgés respectivement de 19 et 22 ans, retrouvés décédés dans un appartement du centre-ville. Victimes d'une embolie pulmonaire, l'autopsie conclut à une overdose sur laquelle deux versions sont avancées. Le quotidien La Provence rend compte d'une « *overdose de cocaïne et d'ecstasy* », tandis que des participants au groupe focal répressif incrimineront une cocaïne coupée à l'héroïne.

Ce serait cette dernière substance, à laquelle ces personnes n'auraient pas été habituées, qui aurait entraîné leur mort.

Quelle que soit la substance à l'origine de l'overdose, sa consommation est néanmoins arrivée à la suite de deux jours de « *fête* » au cours desquels ces deux jeunes et leurs amis auraient consommé de l'ecstasy, mais aussi d'autres produits. Outre l'âge de la jeune femme et du jeune homme, ce qui mobilise l'attention particulière donnée à l'événement est qu'il s'agit, comme l'indique le titre d'un article du quotidien La Provence, de « *jeunes sans histoires, issus de familles honorables* ».

Certes, l'histoire de Marseille et des usages de drogues en général est parcourue de faits évoquant l'irruption de la drogue parmi des publics considérés comme « *épargnés* ». Ce qui est peut-être nouveau, c'est l'intrusion du monde festif techno dans les nuits marseillaises, comme les relatent de nombreux témoignages, en particulier venant de gérants d'établissements de nuit (information reçue au CIRDD PACA).

L'événement met donc en premier plan des figures d'usagers ne rentrant a priori ni dans le cadre de la participation à des raves et/ou free partys, ni dans celle d'une dépendance ou d'un usage problématique quotidien ayant fait l'objet d'une demande de soins.

La palette des produits accessibles, ajouté au retour en 2004 de l'héroïne dont le rapport TREND 2003 signalait la « *disparition* » dans l'espace urbain marseillais, aboutit entre autres choses à un type d'événement qu'évoque un participant au groupe focal sanitaire : il me « *semble qu'un des phénomènes émergents, je ne sais pas si c'est présent seulement sur Marseille, c'est l'apparition de ce type de jeunes qui consomment des mélanges de manière très abusive mais en soirée, de temps en temps et qui peuvent en mourir* ».

Ce type de consommations peut-il être repéré de manière plus systématique et objective ?

Il induit chez les usagers des prises de risques comme le montre l'événement dramatique suscité, mais sur une temporalité limitée (week-end, vacances) et en dehors de tout usage problématique ou dépendance quotidienne, et donc de tout recours aux structures de soins. Il ne peut actuellement qu'être imparfaitement exploré par le dispositif d'observation mis en oeuvre. En fait, les observations menées auprès des usagers de substances psychoactives renvoient bien souvent à l'étude d'usagers n'ayant pas les ressources sociales permettant de « *chercher* » leurs pratiques, et dont l'usage de produits est un des éléments d'une configuration plus globale marquée par la grande précarité.

Ce phénomène pose donc des interrogations sur les limites des phénomènes étudiés, sur les stratégies actuelles et lieux de prévention.

La polyconsommation concerne également les usagers inscrits dans les structures de soins ou de réduction des risques. Le rapport CNAMTS/OFDT indique que Marseille est la ville où l'on compte le plus de co-prescription de psychotropes et produits de substitution : l'étude Coquelicot note que 70% des sujets inclus sont polyconsommateurs avec un nombre moyen de 2,6 produits consommés.

Cette polyconsommation et son lien avec la question des « *co-morbidités psychiatriques* » entraînent, comme nous allons le voir, diverses formes de tactiques que l'on pourrait qualifier de « *bricolage* »^①, tant à l'échelle de la prise en charge de ces usagers polyconsommateurs, qu'à celle des pratiques des usagers eux-mêmes.

➤ **Les usagers de drogue visibles dans l'espace urbain :**
un contexte de « bricolage généralisé »

Du « bricolage » des professionnels du soin... à celui des usagers

La polyconsommation attestée par les professionnels du soin entraîne en ce qui les concerne une grande complexité pour la prise en charge des usagers.

Elle est corrélée dans leur propos à des stratégies d'automédication, qui sont favorisées par l'importance du trafic de rue^②, et aux « *co-morbidités psychiatriques* » des usagers précaires rencontrés.

« Il faut aussi tenir compte du fait que tout le monde sait que les co-morbidités psychiatriques vont croissant et que la majorité de nos patients ne peuvent pas vivre sans psychotropes, et notamment sans benzodiazépines ou neuroleptiques. On est dans le problème médicaments/mésusages et cela n'est pas évident à gérer pour nous. On ne peut pas faire comme s'ils n'avaient pas besoin de psychotropes » (Groupe focal sanitaire)

« La question de la dépendance se pose. Ces personnes ont une double dépendance la plupart, une aux opiacés et une aux benzodiazépines. Ils en ont besoin sur le plan thérapeutique et cela correspond à une automédication. De ce fait ils se retrouvent dépendants au produit... avec des problèmes psychologiques associés » (Idem)

Ces situations de polyconsommations peuvent arriver à être qualifiées de « *méli-mélo* » au sein duquel il est complexe de définir une stratégie thérapeutique.

Le cannabis semble jouer un rôle particulier :

« En dehors de la consommation de cannabis qui nous semble exploser quantitativement par individu, en raison probablement de l'effet de sédation qu'elle procure et qui peut-être tempère des effets incongrus de certaines benzodiazépines ou autres produits comme... c'est très compliqué de savoir quelle molécule fait quoi dans cet espèce de méli-mélo. Le cannabis à fortes doses sur 12 heures par jour c'est-à-dire pas uniquement en prise vespérale a aussi des effets de ralentissement global » (Intervenant en prison, groupe focal sanitaire)

Entre les produits consommés dans le cadre d'une prescription médicale et ceux auxquels les usagers ont accès sans prescription dans la rue, la prise en charge est singulièrement complexe.

^① Le terme de « bricolage » est emprunté à une notion élaborée dans un tout autre cadre par Claude Levi-Strauss, qui distingue dans « la pensée sauvage » la logique du « bricoleur » de celle de l'ingénieur ». Sans développer plus avant, une caractéristique distinguant la pensée du « bricoleur » de celle de l'ingénieur est qu'alors que le second « se veut intégralement transparent à la réalité » le premier « accepte et même exige qu'une certaine épaisseur d'humanité soit incorporée à cette réalité ». Ceci correspond à la forme du travail réalisé par les professionnels dans le contexte de la précarité et des polyconsommations.

^② Les données du rapport CNAMTS/OFDT font état de spécificités marseillaises à l'échelle de trois indicateurs. Marseille se situe la plupart du temps dans le « peloton de tête » (après Paris, et avec Bobigny, et Toulouse) s'agissant :

- des patients usagers de Subutex® consultant plus de 5 prescripteurs
- de l' « indicateur de quantités potentiellement détournées » de Subutex®
- des doses médianes par rapport à la dose d'entretien recommandée.

Ces tactiques s'inscrivent pour les usagers selon trois axes :

1. le « *bricolage* » entre produits
2. le « *bricolage* » entre « *stigmates* »
3. le « *bricolage* » visant à « *entrer dans une filière* ».

1. Le premier axe concerne les produits :

Des tentatives profanes de remplacement d'un produit par un autre sont fréquemment évoquées. C'est le cas par exemple des personnes qui « *se remettent à l'héroïne pour décrocher de la méthadone. Ils disent qu'au moins c'est dur pendant 7 jours quand on décroche, mais que c'est moins dur et moins long qu'avec la méthadone ; quand tu décroches à l'héroïne au bout d'une semaine tu commences à revivre mais avec la méthadone c'est beaucoup plus long ou douloureux. Moi j'ai vu des mecs se débarrasser de la méthadone avec l'héro* ». (Intervenant structure d'accueil bas seuil). D'autres « *s'emboucanent au Rup (Rohypnol®) pour décrocher du Sub (Subutex®), ou d'autres qui se mettent à l'alcool pour arrêter les Rups* ».

Ces démarches de remplacement entre produits sont en décalage avec les pratiques ayant cours dans les dispositifs de substitution et de stabilisation des consommations, et posent aussi divers problèmes aux intervenants dans les structures d'hébergement thérapeutique.

2. Le deuxième axe concerne l'usage préférentiel d'un stigmaté au détriment d'un autre :

Le champ des toxicomanies serait ainsi confronté aux stratégies d'automédication (décrites comme « *sauvages* ») effectuées par des personnes non prises en charge par la psychiatrie, soit qu'elles refusent de l'être eu égard au stigmaté constitué par la maladie mentale et qu'elles « *préfèrent* » s'inscrire dans le champ de la prise en charge de la toxicomanie « *pour avoir l'identité de tox* », soit que le secteur lui-même ne soit pas en mesure de répondre à leurs besoins.

La psychiatrie est d'ailleurs décrite comme « *exsangue* », « *Il y a des gens qui n'ont pas d'accès aux dispositifs d'accueil, donc ils se réinscrivent dans le champ de la toxicomanie, entraînant des pratiques d'auto médication* ». Des anecdotes rapportées dans des structures de première ligne font état de refus de pris en charge par les services de psychiatrie de personnes qu'elles y avaient accompagné.

Pour d'autres acteurs de terrain, on assisterait à l'inverse à une « *psychiatisation* » des enjeux liés aux usages de substances psychoactives. Nombreux sont ceux qui soulignent le contenu d'ordonnances qu'il leur est donné à voir dans le cadre de la prise en charge ou de l'accompagnement des personnes. Certains font ainsi mention d'ordonnances sur lesquelles figurent « *Subutex®, Rohypnol®, Rivotril®, Artane®* ».

3. Le troisième axe concerne la manière dont le secteur de prise en charge des « toxicomanies » pourrait être l'objet d'une pratique ayant pour finalité l'accès à une régularisation ou à une prise en charge :

Ainsi, en 2002 était notée l'arrivée d'un nouveau « *groupe d'usagers* » originaires des pays de l'Est. Diverses structures marseillaises ont été en contact avec ces usagers, en particulier le Sleep In. « *...ils se présentent toujours comme consommant des produits car c'est la condition de leur prise en charge. Les choses ont été faussées lorsqu'il a été question d'une possibilité de régularisation. Ces personnes l'ont très vite su et certainement des gens nous on dit qu'ils étaient toxicomanes alors qu'ils ne l'étaient pas vraiment. Notre souci a été d'évaluer leur situation vis-à-vis des consommations. La problème c'est que certains ne l'étaient pas et le sont devenus, pour accéder aux services, mais certains l'étaient déjà, en particulier à l'opium* » (Groupe focal sanitaire).

Ce type d'assertion est également évoqué par des personnes travaillant dans un cadre hospitalier : « *On s'est posé la question de savoir si le logement ne constituait pas une motivation à leur demande de substitution : l'identité de toxicomane permet d'avoir un toit* ».

Un professionnel d'une structure de soins spécialisée fait aussi état au sein du groupe focal sanitaire de l'importance des contaminations au sein de ce groupe d'usagers.

Ainsi deux logiques semblent co-exister dans ces trajectoires très diverses regroupées sous le terme d'« usagers des pays de l'Est » :

- Des personnes engagées dans des usages problématiques de substances psychoactives que la précarité administrative et l'attente de papiers exposent de manière particulière à des risques notamment sanitaires. Dans ce contexte, l'exposition au risque tient aux conditions concrètes d'existence. Elle peut aussi de façon minoritaire être liée à la clause d'inexpulsabilité, et à la possibilité d'obtention d'un titre de séjour pour l'« étranger malade atteint de pathologie grave, nécessitant une prise en charge dont le défaut dans son pays d'origine entraînerait des conséquences d'une particulière gravité » (art 12bis11 de l'ordonnance de 1945, modifié en 1998). Un témoignage relatif à la contamination volontaire au VHC d'une personne originaire d'Europe de l'Est a été rapporté dans le cadre d'une réunion à la DDASS de Marseille en décembre 2004.
- Des personnes ne présentant pas d'usages problématiques qui s'adresseraient aux structures spécialisées afin d'avoir accès à une forme de prise en charge qui ne leur est pas garantie en dehors d'elle.

Il convient d'être attentif à ces logiques dans les années à venir.

8.2. Espace festif

Quatre principaux types de population ont été observés :

- **La population qui fréquente les « petites teufs »**

Les petites teufs réunissent de 150 à 250 personnes au maximum à l'extérieur, et ne s'appuient sur aucun système de flyers (les informations circulant de « bouche à oreille »).

Ce sont des manifestations qui ne nécessitent pas d'autorisation légale et peuvent être définies comme s'inscrivant dans le courant « free tendance Hard-Core ».

Une dizaine de manifestations ont été observées dans le Var et les Alpes Maritimes.

- **La population qui fréquente les « free partys »**

Les free partys réunissent 500 à 1000 personnes à l'extérieur, le plus souvent sans communication par flyers, mais avec une information diffusée sur Internet par l'intermédiaire de sites de « teufeurs ». Ce sont des manifestations « free tendance Hard-Core », qui nécessitent une autorisation légale pour être organisées sur le sol français.

En 2004, de très rares manifestations free tendance Hard-Core légalement organisées ont eu lieu en région PACA, mais les manifestations les plus nombreuses qui réunissent des participants de la région PACA ont lieu en Italie du Nord, ce qui permet aux organisateurs de contourner le cadre légal^①. Une dizaine de free partys organisée sans autorisation légale par des Français et accueillant principalement un public français ont été observées en Italie du Nord.

A noter : une manifestation de type free party (habituellement nommée « teknival de Fos » jour de l'An 2004) mais légalement organisée a été observée dans les Bouches-du-Rhône.

- **La population qui fréquente les rave partys légales**

Les rave partys légales réunissent 3000 à 5000 personnes, dans un lieu officiel loué pour l'occasion. C'est un événement festif commercial qui fait appel à la publicité pour réunir les participants (affiches, flyers, magasins spécialisés,...).

Les raves légales sont des manifestations plutôt « tendance House » (par opposition à la tendance Hard-Core). Cependant, il y a généralement plusieurs plateaux de sons qui permettent de satisfaire des goûts éclectiques (tendance House, tendance Transe, tendance Hard-Core).

La population est sélectionnée comparativement au mouvement free par la nécessité de s'acquitter du prix d'entrée.

^① Les free party organisées en Italie du Nord dont il sera question tout au long de ce rapport sont organisées par des sound systems français, et rassemblent généralement une population composée à 80% de Français.

Trois raves légales ont été observées. Les deux premières manifestations ont eu lieu aux Docks des Sud à Marseille. La troisième manifestation festive de type rave légale s'est déroulée sur le même site géographique que la free party dénommée 'teknival de Fos' : il s'agissait d'une manifestation dénommée 'Festival Electro', qui réunissait 3000 personnes.

▪ La population qui fréquente les soirées « *clubbing* » en boîte de nuit

Les soirées « *clubbing* » en boîtes de nuit réunissent environ 300 personnes par soirée autour d'une musique « *tendance House* ».

Ces soirées peuvent avoir lieu dans des établissements dédiés à la musique électronique ou être ponctuellement organisées dans des boîtes de nuit généralistes spécialement louées pour l'occasion.

Une dizaine de soirées en club Gay Friendly ont été observées par le responsable d'observation à Nice. Deux soirées *clubbing* (mais non « *rattachées* » au mouvement Gay Friendly), organisées ponctuellement dans une boîte de nuit généraliste, ont été observées à Marseille par un observateur clé. Les éléments recueillis sur la population qui fréquente les soirées *Clubbing* ont été, d'autre part, complétés par un entretien informel entre le responsable d'observation et le directeur d'un établissement Gay Friendly ainsi que le propriétaire d'un club échangiste.

Parmi ces quatre populations, celle qui fréquente les « *petites teufs* » et les « *free partys* » se rattache au mouvement alternatif (plutôt tendance Hard Core) alors que celle qui fréquente les « *raves légales* » et les « *soirées clubbing* » se rattache au mouvement commercial (plutôt tendance House).

En 2004 se poursuit la diversification des types de consommateurs rencontrés en rave partys (plus de consommateurs de LSD, plus de consommateurs de cocaïne, autant de consommateurs d'ecstasy). Dans les rave partys de la région PACA, on assiste aussi à l'expansion d'une minorité de gens qui ne sont pas issus de l'espace festif techno et qui viennent principalement « des cités ». On les reconnaît à leur départ précoce, " vers 4 heures du matin ", mais surtout à « *leur look différent (plus sport: la casquette, les baskets, et le survêtement dans les chaussettes)* », alors que les jeunes perçus comme « *plus bourgeois* » privilégient « *le kaki, comme les gens de la rue* ».

9. L'état de santé et les manifestations de morbidité

9.1. Espace urbain

➤ L'hépatite C

Outre les données de l'enquête Coquelicot déjà citées, les participants au groupe focal sanitaire ont souligné l'importance de la prise en charge de cette pathologie dans le cadre de leur activité :

« *La question de l'hépatite C n'est pas réglée, elle est loin d'être réglée en tout cas dans le service, chez les nouveaux patients on en a près de la moitié qui ont une hépatite chronique active* ».

Autre élément souligné :

« *Il y a encore des séroconversions récentes et des gens qui ont l'hépatite C ne se font pas soigner* »

➤ L'hépatite B

Selon un professionnel intervenant en prison : « *Il y a un refus, identique d'ailleurs en population générale, de la population pénale de se vacciner, par peur de la sclérose en plaques. En milieu carcéral la promiscuité est très importante et le risque n'est pas lié seulement aux seringues : les brosses à dents, les rasoirs, les couverts, qui laissent présager de très mauvais résultats à l'avenir pour l'hépatite B* » (Groupe focal sanitaire)

➤ Les dommages liés à l'injection de Subutex®

Troubles trophiques, abcès et problèmes cutanés sont évoqués en lien avec l'injection de Subutex®. Toutefois ils sont qualifiés de moins importants depuis deux ans (voir note thématique injection)

Selon une participante au groupe focal sanitaire : « *Il pourrait y avoir une aggravation due à l'hépatite C, avec vascularites, atteinte des vaisseaux, parce que les gens qui arrêtent d'injecter continuent d'avoir ces oedèmes bien souvent* ».

10.L'aggravation des difficultés sociales et des problèmes de santé psychiques

Cette aggravation est liée dans le discours des acteurs à deux éléments principaux.

Le premier, c'est l'effet de la cocaïne mais aussi de la polyconsommation.

Ainsi, une participante au groupe focal sanitaire signale : « *J'ai l'impression de voir de plus en plus d'épisodes délirants sous produits, sous cocaïne, des épisodes paranoïaques* », pour une autre « *les troubles de comportement que j'observe sont principalement liés à la consommation de cocaïne* ».

La seconde tient à la baisse globale des possibilités des structures à créer du lien et constituer des réseaux suffisamment contenant pour les personnes en difficulté sociales et psychiques. L'évolution des attributions du service social des prisons, entraînant une moindre capacité de réponse du réseau de prise en charge a été soulignée. Le travail en réseau est rendu particulièrement complexe du fait du peu de perspectives offertes en termes d'accès au logement, mais aussi en termes d'accès à des centres de soins avec hébergement.

« Il y a effectivement une dégradation psychique mais il n'y a pas que ça. Le service social connaît un délitement complet, et comme il a en charge l'accès aux droits (sécurité sociale, identité,...) il ne peut plus assurer sa mission correctement aujourd'hui. La situation s'est aggravée alors que se mettait en place la loi « Perben 2 ». Le service qui était dit « social » n'a plus en charge le contact des familles, l'indigence, la prévention des troubles notamment du suicide, ne participe plus à des actions. (...) D'ailleurs, à la sortie, il y a quoi ? Peu de solutions d'hébergement. On leur parle de leur sortie mais sans avoir rien à leur proposer. La seule chose qui nous reste c'est la proposition d'un traitement sanitaire alors que la question de l'hébergement et du logement n'est pas résolue.

Les inscriptions au régime de l'assurance maladie prennent des mois, du fait de la disparition des rencontres régulières entre services sociaux ».

LES PRODUITS EN 2004

11.L'usage d'opiacés

➤ La Buprénorphine haut dosage ou Subutex®

Le Subutex® est dans l'espace urbain marseillais le premier produit injecté parmi les usagers des structures de première ligne.

Les données de la base ILIAD placent de 1999 à 2002 le département des Bouches-du-Rhône au troisième rang en France pour la vente de Subutex® en nombre de boîtes.

Un ensemble d'indicateurs souligne l'importance sur le site de la prescription de Subutex®, et l'importance de la revente de rue le concernant.

Les données du rapport CNAMTS/OFDT montrent un indice de détournement qui concernerait 11% des quantités prescrites de Subutex®.

Les résultats de l'analyse des données locales de l'enquête OPPIDUM d'octobre 2003 montrent que l'obtention illégale de BHD concerne 19% des patients suivis dans les CSST, tandis que, pour les personnes insérées dans un protocole de substitution, le Subutex® est le produit de substitution pour 60% de l'échantillon de l'étude, tandis que la méthadone est celui de 40% des personnes.

Ce dernier chiffre rend néanmoins compte d'une augmentation significative de la méthadone dans les protocoles de substitution.

Le Subutex® est qualifié de très disponible et très accessible par les structures de première ligne. Sa vente dans la rue se fait quasiment « *à la criée* », et ni les prix, ni l'accessibilité ne semblent s'être restreint dans le cours de l'année 2004. Le trafic de rue aurait débuté dès Mars 1996. Comme évoqué dans le groupe focus répressif, les forces de l'ordre n'ont pas pour objectif principal la lutte contre l'usage détourné de médicaments, qui reste toujours complexe à incriminer.

L'accessibilité à ce produit n'est que peu gênée par le caractère illégal de sa revente.

✓ Prix

Le prix d'un comprimé peut varier de 1 à 5 ou 6 Euros, le prix courant étant de 2 Euros. Le prix d'une boîte varie de 10 à 20 Euros (prix moyen de 15 Euros).

Le prix varie selon les moments de la semaine, augmentant significativement le week-end et atteignant un pic le dimanche ; ils varient aussi selon l'interconnaissance. Des trocs sont également rapportés, une boîte de Subutex® pouvant s'échanger contre, selon les informateurs, une à deux boîtes de Rivotril® ou de Rohypnol®.

✓ Les usagers

Les usagers de Subutex® rencontrés par les structures de première ligne se distinguent entre ceux pour qui la prescription ou l'usage ont été motivés par une dépendance antérieure aux opiacés dans une perspective de substitution, et ceux pour qui le Subutex® relève d'un usage non substitutif^①. L'importance locale de l'usage hors protocole médical de Subutex® avait été signalée dès 1999 par des chercheurs locaux, tandis que le rapport TREND rapporte depuis 2000 l'émergence de « *primo consommateurs de Subutexâ* ».

Un des lieux au sein duquel l'expérimentation du Subutex® a été faite par des personnes n'ayant pas au préalable de dépendance aux opiacés est, à Marseille comme dans d'autres sites, la prison. Certains intervenants de première ligne soulignent ainsi qu'il n'est pas rare « *de voir des personnes qui ne prenaient rien sortir de prison emboucanées au subu* ».

Mais l'expérimentation peut aussi se faire dans le cadre d'un réseau de pairs avec lesquels d'autres substances psychoactives sont consommées.

La question du Subutex® souligne ainsi la porosité des « *frontières* » entre « *espace festif* » et « *espace urbain* » : des usagers expérimentés fréquentant les structures « *bas seuil* » peuvent ainsi initier de jeunes consommateurs dès lors qu'ils partagent avec eux l'expérience de la vie quotidienne au sein de « *squats* ». L'initiation au Subutex se fait ainsi dans le cadre de la gestion de la descente de produits stimulants (ecstasy, cocaïne, speed, MDMA).

Quelques remarques ont été faites par des intervenants sur la particulière exposition des femmes quant à l'entrée dans une primo dépendance aux opiacés avec le Subutex® : un membre d'ASUD Marseille insiste ainsi sur le fait « *que des femmes ou des mamans qui n'avaient jamais consommé autre chose que du cannabis ou parfois des cachets se sont emboucanées avec le Subutex®* ».

Ceci est à mettre en relation avec la prévalence plus élevée de prescriptions d'anti-dépresseurs aux femmes. L'habitude de consommer des « *médicaments* » pourrait alors être un facteur facilitant l'expérimentation du Subutex®.

S'agissant des caractéristiques sociales des usagers, les données du rapport CNAMTS/OFDT donnent à voir l'importance à Marseille de la précarité chez les usagers de Subutex®.

Ainsi, Marseille est la deuxième ville après Montpellier à l'échelle du nombre de bénéficiaires de la CMU usagers de Subutex®.

^① Une étude basée entre autres sur l'enquête quantitative chez les usagers fréquentant les structures de première ligne en 2002, évalue la proportion d'usage non substitutif de Subutex® à un quart des usagers rencontrés par ces structures en 2002. 3 situations sont distinguées au sein des usages non substitutifs : le primo-consommateur (usager consommant de la BHD sans avoir jamais consommé d'autres opiacés), le primo-pharmaco-dépendant (l'usager pour qui la BHD est à l'origine d'une première dépendance aux opiacés), et le dépendant non consécutif (l'ancien héroïnomanie qui après avoir arrêté au-moins deux ans, démarre une pharmacodépendance à la BHD sans continuité avec sa toxicomanie antérieure), Cf Escots S., Fahet G., *Usages non substitutifs de la buprénorphine haut dosage. Investigation menée en France, 2002-2003*, OFDT, Graphiti, ORSmip, Août 2004, p.18

✓ **La co-prescription et/ou la co-dépendance Subutex/benzodiazépines**

A Marseille l'usage de Subutex® est fréquemment corrélé avec celui de benzodiazépines. Le rapport CNAMTS/OFDT rapporte que Marseille est en tête des sites observés pour ce type de co-prescriptions. Les données de l'étude OPPIDUM rendent compte de résultats similaires.

Les observations des acteurs du sanitaire et des intervenants en toxicomanie vont dans le même sens, insistant sur le différentiel en termes d'associations selon que l'utilisateur soit substitué au Subutex ou à la méthadone.

Une antienne fréquemment énoncée est « *Subutex/benzodiazépines et méthadone / alcool* ».

La prescription concomitante de Subutex® avec des benzodiazépines est par ailleurs citée comme étant le fait de différents facteurs :

- L'importance de ce que les acteurs du secteur sanitaire nomment les « *co-morbidités psychiatriques* » : le passage par la prise en charge psychiatrique étant fréquent, c'est souvent dans ce cadre ou en lien avec un diagnostic psychiatrique que la consommation de benzodiazépine est initiée.
- Le manque de formation des médecins généralistes exerçant en ville. « *Les médecins généralistes sont ceux qui ont tendance à prescrire de façon systématique les benzos. C'est une hypothèse, mais j'ai l'impression que c'est une prescription plus fréquemment rencontrée en médecine de ville, et qui concerne l'association benzos et Subutexâ. Avec la méthadone on arrive quand même mieux à gérer la dépendance aux benzos* ».
- Le fait que le Subutex® serait moins anxiolytique que la méthadone, ce qui entraînerait une appétence pour les benzodiazépines.
- D'autres acteurs mettent cette association en relation avec : « *Le fait qu'il n'y a pas d'héroïne ou quasiment pas à Marseille, alors qu'il y en a dans le nord de la France, donc quand on a pas d'héro on se rabat sur une toxicomanie du pauvre qui est Subutex/ benzo* ».
- L'hypothèse de l'automédication : « *Les aspects antidépresseurs manquent aux molécules à la base : c'est de l'automédication, favorisée par l'importance du trafic de rue* ».

✓ **L'alternance des modes d'administration**

Le Subutex® peut être pris en sub-lingual, sniffé ou injecté. Les risques varient donc en fonction des modes de prise, ceux-ci étant eux-mêmes variés chez un même individu.

Un extrait d'une note d'observation réalisée dans l'espace urbain reproduit ainsi les propos d'un usager : « *Voilà : je prends un sub et demi de 8 mg. Le matin, je me lève, j'en prends un demi. Je le sniffe. Après, je vais faire ma toilette, tourne un peu, j'essaie de me faire des petits sous pour acheter cigarettes, bière, un peu de shit... Puis, après on se retrouve ici. Ca c'est notre rituel. On met les sous, ensemble. On achète des packs de bières. L'après midi commence, je me fais un rappel (un autre sniff). Ca me met bien, je suis calme, c'est tout. Le soir je le prends comme un médicament* »

✓ **Les dommages**

Les dommages varient selon le mode d'administration :

- L'injection

Un récit a mis l'accent sur des dommages d'une particulière gravité :

« *Un jeune a perdu son bras par rapport à ça il y a 8 ou 9 mois. Il est venu deux fois au local et on le rencontre en travail de rue. En s'injectant du Subutex® son aiguille a cassé. Il s'est rendu aux urgences mais eux n'ont, semble t'il rien vu à l'examen. Malheureusement peu après il a dû être amputé* ».

Récit qui éclaire autant les dommages extrêmes pouvant être causés par l'injection de Subutex® que les problèmes et difficultés rencontrés dans le cadre de l'interaction avec l'institution hospitalière.

D'ailleurs souvent les causes des dommages ne peuvent pas être directement imputées aux représentations de soignants, à un manque de soins prodigués par l'hôpital mais à une méconnaissance du risque ou à un défaut de surveillance de symptômes par les usagers eux-mêmes. Les autres dommages liés à l'injection sont les chocs sceptiques, les troubles lymphatiques « syndrome de Popeye », les abcès, les « poussières », les problèmes cutanés.

Un déterminant important des prises de risques dans le cadre des pratiques d'injection est l'environnement au sein duquel elles ont lieu. Elles sont ainsi particulièrement défavorables lorsque ces injections se pratiquent dans la rue ou dans les parkings, (conditions d'hygiène et stress lié à la peur d'être dérangé) : « *Quand il n'y a pas le temps nécessaire à une bonne préparation c'est là où on voit les comportements à risque. Et puis vu l'état des veines ce n'est pas rare qu'il faille une demi-heure pour trouver la veine* »

- D'autres dommages sont associés à la prise en sniff

« *Ca fait 2 ans que je suis emboucané au Sub. Je bois de la bière, du shit, de temps en temps des rups, quasiment tous les jours.*

- *Tu le cales le Sub ?*

Non, je le sniffe. A force, j'ai pété tous les vaisseaux.

En regardant, je vois que ses narines sont toutes irritées. J'enchaîne :

- *Cela t'arrive de saigner ?*

Ouais, quand je me mouche, des fois, mon mouchoir est plein de sang. J'ai le nez bouché, souvent »

✓ **Perceptions du produit**

Chez les usagers, elle serait « *De plus en plus négative* ». Les usagers disent que c'est « *un produit de merde* » mais ils continuent à en chercher. Ils disent que « *c'est le plus dur à arrêter* ».

La dépendance au Subutex® est fréquemment présentée comme étant « *La plus dure des dépendances* ».

✓ **La « drogue du pauvre » ou la « drogue de l'Etat »**

Les perceptions du Subutex® parmi certains intervenants sont extrêmement péjoratives. Le Subutex® est souvent qualifié de « *drogue des pauvres* » ou « *drogue de l'Etat* ». Il semble être la métaphore de la « *misère* » vécue actuellement par les usagers, laquelle est mise en résonance avec un « *âge d'or* », celui du produit d'élection ou du temps de la « *french connection* » dont la légende reste vivace parmi les usagers ayant autour de la quarantaine.

Ainsi « *le subu c'est la drogue du pauvre, pour maintenir les gens, pour pas...Et encore est ce qu'ils volent moins ? Agressent moins ? Le sub ils n'auraient jamais dû le faire* », « *la première drogue c'est le subu, c'est une drogue de l'Etat* ».

➤ **Méthadone**

La méthadone est décrite comme disponible et accessible sur le site de Marseille.

Il y a une augmentation significative des personnes dont la méthadone est le produit de substitution (de 28% en 2001 dans l'enquête OPPIDUM à 38% en 2003).

Le réseau d'accès à la méthadone s'est élargi, avec la possibilité de prescription en médecine de ville après l'initialisation en milieu spécialisé.

Un phénomène nouveau mais manifestement très rare a été rapporté cette année, à savoir la présence de vente de méthadone dans la rue.

« *Il y a quelques jours quelqu'un nous a dit qu'il était très mal avec son sub. Il s'est donc mis en manque de sub pour prendre de la méthadone. On lui a dit qu'il n'allait pas y arriver et là il nous a dit qu'il y en avait sur le marché noir, c'est la première fois que je l'entend* ».

✓ **Les associations de produits**

L'association la plus fréquemment citée avec la méthadone est l'alcool. La tendance à la moindre « automédication » ou dépendance aux benzodiazépines est soulignée par les professionnels du champ sanitaire, du fait d'un meilleur pouvoir anxiolytique de la méthadone.

En revanche « *On voit arriver des gens maintenant sous méthadone et on doit gérer un sevrage de l'alcool* » (groupe focal sanitaire)

Un usager de méthadone explique « *La buprénorphine (Subutex®) avec l'alcool ne marche pas trop, par contre la méthadone et l'alcool, c'est une bonne défonce mais tu risques d'être en manque. Le problème de cette interaction, c'est que ça te monte tout de suite et pendant deux heures avec l'alcool, mais quand tu te réveilles t'as les symptômes de manque* ».

La prise de méthadone est appréciée en descente de produits stimulants.

✓ **Perceptions du produit**

Chez les usagers de méthadone, elle est dite combler les deux versants du manque, le manque physique et psychique ; mais ne pas régler la question du plaisir.

D'après un intervenant d'ASUD : « *Les gens qui prennent le sub croient qu'en se mettant à la méthadone, pour eux le risque est plus grand, il vaut mieux être au sub que de se mettre à la méthadone. Car ils ont de la méthadone l'image d'un produit qui est plus fort, plus dangereux parce qu'au début on la délivrait (fin 95 début 96) aux personnes séropositives porteuses d'une maladie opportuniste. L'idée a fait son chemin qu'elle était réservée aux séropositifs VIH puis aux porteurs de l'hépatite C... avant d'être accessible aux simples usagers toxicomanes. La méthadone a été diabolisée, parce qu'on a cru que c'étaient pour les vieux de la vieille et les anciens c'est les séropositifs (...) Et puis comme elle n'est pas injectable, alors certains attendent la forme injectable* »

La méthadone semble par contre absente de l'espace festif.

➤ **Rachacha et autres opiacés naturels**

L'usage du Rachacha est marginal dans l'espace festif commercial, et dans tous les cas réservé au temps privé après la fête. Dans l'espace festif alternatif, le Rachacha est fumé en fin de fête pour ceux qui veulent assurer les descentes.

Produit semblant absent des manifestations couvertes par la Mission Rave MFAM/MDM en 2004.

. **12. Ecstasy**

➤ **Espace Urbain**

Très peu de données concernant la consommation d'ecstasy dans l'espace urbain ont pu être recueillies auprès des structures d'accueil de première ligne.

L'analyse locale du programme OPPIDUM montre que l'ecstasy est le premier produit expérimenté pour seulement 1% des sujets de l'étude, et c'est le premier produit ayant rendu dépendant pour 1% également des sujets.

Cependant, les deux morts de jeune gens dans le courant du mois d'août ont mis l'accent, entre autres, sur la consommation d'ecstasy, laquelle est jugée importante par certains informateurs connaissant le milieu des squats, et plus globalement les « *milieux de la nuit* ».

Des pratiques d'achat sur Internet « *d'ecstasy bio* » (?) ont été rapportées par des consommateurs occasionnels.

L'étude ESCAPAD 2003 note que l'expérimentation d'ecstasy est le fait de 4,7% des jeunes adultes interrogés ; elle est de 4,1% dans le reste de la France.

➤ Espace Festif

Les ecstasy (Ecstasy, TAZ, TATA, XEU, Bonbon, Cachet) sont toujours très disponibles dans l'espace festif alternatif, mais en 2004 il y a moins de variétés, sur un même site, pour une même soirée (le plus souvent deux ou trois sortes d'ecstasy différentes le même soir, surtout dans les « *petites teufs* »)

Dans l'espace festif commercial, l'ecstasy est très disponible en rave party (vente affichée) ; il est facilement accessible dans les soirées « *clubbing* » à condition d'être bien inséré dans les réseaux de consommateurs (pas de vente observée)

La consommation d'ecstasy tend à se généraliser sur la région PACA.

Les profils d'utilisateurs sont multiples :

- Le profil le plus généralement rencontré est celui d'un homme (60% des cas), âgé en moyenne de 22 ans, socialement inséré (étudiant ou jeune actif), issu des classes moyennes, contrôlant relativement bien sa consommation, cette dernière étant essentiellement menée en milieu festif (techno et non techno).

Nous rencontrons cependant de nouveaux profils de consommateurs :

- D'autres consommateurs d'ecstasy sont des hédonistes plus âgés (35 ans en moyenne), socialement insérés et consommant régulièrement de l'ecstasy dans les soirées légales (raves payantes).
- D'autres sont des jeunes des cités (dans 95% des cas des hommes âgés en moyenne de 22 ans), dans un premier temps réfractaires au mouvement techno et qui ont progressivement, par le biais de la curiosité ou intéressés par les profits possibles du marché parallèle des substances psychoactives illicites, pénétré cet espace depuis 4/5 ans.

Dans l'espace festif commercial, l'usage d'ecstasy a encore une bonne image auprès des consommateurs (désinhibition, stimulation). Dans l'espace festif alternatif, les ecstasy sont jugés comme étant « *de la merde* » (alors que c'était le produit privilégié dans les années passées). Cependant, « *jamais personne ne crache dessus si il n'y a rien d'autre à consommer* ».

✓ Prix

Les prix baissent, au maximum 10 €uros le cachet.

Les prix sont constants par rapport à 2003, allant de 10 à 60 €uros dans les free partys à 80 €uros dans les raves payantes. Ils se situeraient aux alentours de 15 €uros dans les clubs et discothèques observés dans l'espace urbain niçois.

✓ Les modes d'administration

- L'ingestion

Pas de préparation spécifique si ce n'est dans le cadre d'un fractionnement de la prise ou lorsque l'ecstasy est conditionnée sous forme de poudre.

Si la substance est conditionnée sous forme de cachet deux possibilités :

1. Le cachet est sécable et le fractionnement se fait par simple pression.
2. Le cachet n'est pas sécable, l'utilisateur a alors recours à un couteau, une lame de rasoir ou tout autre objet de même type.

Si la substance est conditionnée sous forme de gélule, l'utilisateur ouvre la gélule, isole une partie de la poudre dans une feuille (en règle générale du papier à cigarette), referme la gélule puis ingère la poudre contenue dans la feuille, préservant le reste dans la gélule.

Si la substance est conditionnée sous forme de poudre: même procédé que pour la gélule.

- L'inhalation

Les usagers ont très rarement recours à ce procédé. Selon eux, si l'ecstasy est conditionnée sous forme de cachet, c'est pour être ingérée et tout recours à une autre voie d'administration est considérée comme inappropriée. Si l'ecstasy est déjà conditionnée sous forme de poudre, pas de préparation. Si elle se trouve conditionnée sous forme de cachet, l'usager l'écrase pour la réduire à l'état de poudre.

Le matériel varie selon les disponibilités du contexte de consommation : pilon, carte bancaire... En ayant recours à une lame de rasoir ou à une carte bancaire, la poudre est ensuite présentée, sous forme de « rail », « trait » ou « ligne » puis inhalée avec l'aide d'une paille, d'un billet ou d'une feuille (dans les deux derniers cas préalablement roulés en forme de tube creux). Dans l'espace festif alternatif, on voit de plus en plus de gens qui pilent un cachet d'ecstasy pour le sniffer.

- L'injection

Très peu d'information existe sur cette voie d'administration très marginale. La seule information pertinente est que seuls les usagers les plus précarisés semblent l'avoir adoptée et de manière occasionnelle.

Nous pouvons donc supposer que la préparation est réduite au minimum : conditionnement sous forme de poudre puis injection sans forcément avoir été préalablement chauffée et filtrée (hypothèse non confirmée).

✓ **Effets recherchés**

Les effets supposés ou attendus par les usagers sont l'empathie, l'énergie, l'euphorie et la désinhibition.

Les effets ressentis correspondent pour les usagers occasionnels aux effets supposés. L'ensemble de ces effets s'estompe rapidement chez les usagers plus réguliers. Augmentant progressivement les prises à la recherche des effets initiaux, l'ensemble des effets recherchés précédemment décrits disparaît pour faire place à une simple psycho stimulation (proche des effets de l'amphétamine).

✓ **Régulation par poly consommations**

Les polyconsommations polluent une lecture synthétique des associations. Néanmoins, certaines constantes peuvent être dégagées :

- Alcool, cannabis, ecstasy : c'est la consommation standard observée. L'alcool potentialise les effets de l'ecstasy, le cannabis en diminue l'effet stimulant non désiré (stress, contracture musculaire...).
- LSD et ecstasy : le LSD potentialise l'effet psychodysléptique de l'ecstasy. Les risques de bad trip nous semblent potentialisés par cette association.
- Opium, rachacha, héroïne, kétamine et ecstasy : l'objectif est d'accompagner la descente en diminuant les effets secondaires générés par la consommation des psychostimulants.

✓ **Les dommages observés**

- Déshydratation

Elle est légère dans 98% des cas, sévère dans 2% des cas. Il reste cependant difficile de mesurer l'impact réel de l'ecstasy dans les cas de déshydratation observés en milieu festif. Les usagers peuvent danser plusieurs heures sans s'hydrater. Touche plus ou moins tous les usagers.

- Déprime / Dépression

Elle reste légère pour les consommateurs occasionnels, sévère pour les consommateurs réguliers (consommation au mois égale à plusieurs fois par mois).

Les usagers deviennent irritables voire agressifs vis-à-vis de leur entourage, ils peuvent aussi se refermer sur eux-mêmes. Certains cas nécessitent des prises en charge sanitaires adaptées. Tous les usagers ressentent cette légère déprime.

Nous estimons que dans les départements du Var et des Alpes-Maritimes le nombre d'usagers présentant de réelles complications est égal à plus ou moins 4 000 usagers (estimation faite à partir d'observations sur divers sites).

- Bad trip

Il reste très rare et essentiellement lors d'association avec d'autres substances d'où l'extrême difficulté à isoler l'ecstasy dans le cas de Bad Trip.

- Malaise vagal

Il est difficile d'isoler l'ecstasy dans le cas de malaise vagal (la grande majorité des usagers sont poly-consommateurs). Néanmoins, ce type de problème est souvent associé à des montées trop fortes de l'ecstasy que supporte mal l'usager.

✓ **Perception du produit**

L'ecstasy est le produit phare du milieu festif techno. Les jeunes usagers ont une perception très positive de la substance. Elle leur permet un contact facile avec autrui.

Cependant le discours général en 2004, c'est que : « *les taz c'est de la merde, mieux vaut prendre des cartons (LSD). C'est les grands, les teufeurs confirmés qui préfèrent prendre des trips que de l'ecstasy, et les petits jeunes passent directement aux trips pour avoir l'air grands* ».

Pour les usagers plus anciens, qui lui préfèrent la cocaïne, l'amphétamine voire la Kétamine, nous observons une certaine forme de dédain. Ils considèrent que la qualité (concentration en principe actif) a fortement baissé depuis plusieurs années et, selon eux, seuls les cachets artisanaux (sans logos) et les gélules leur garantissent encore les effets initiaux recherchés.

. **13. Amphétamines - Speed**

➤ **Espace Festif**

Contrairement aux années précédentes, le speed disponible en 2004 est plus souvent en pâte qu'en poudre. La disponibilité du speed dans l'espace festif alternatif est importante (en vente à la criée avec l'ecstasy et le LSD)

✓ **Prix**

Le gramme de speed en pâte est à 20 €uros.

Les prix du speed en comprimé ou en gélule varient de 10 à 15 €uros.

Le prix d'un gramme en poudre varie de 15 à 30 €uros (20 €uros étant le prix courant).

Le prix d'un gramme en pâte varie également de 15 à 30 €uros.

✓ **Modes d'administration**

Du fait de la plus grande disponibilité de speed en pâte, il y a moins de consommation de speed en sniff au profit de la consommation par voie orale.

L'amphétamine est ingérée dans 65% des cas. Elle peut être aussi inhalée (30%) voire injectée (5%)

Lorsque l'amphétamine se présente sous forme de cachet ou de poudre, les modes d'administration sont les mêmes que pour l'ecstasy.

Lorsque l'amphétamine se présente sous forme de pâte, elle est alors uniquement ingérée. La substance est en règle générale enveloppée dans une feuille à rouler (type OCB) puis directement ingérée.

✓ Effets recherchés

Les effets supposés ou attendus sont le « *speed* », l'énergie, la puissance. Les effets ressentis correspondent aux effets supposés.

Les dommages potentiels associés à ces voies d'administration sont dans la plupart des cas les mêmes que pour l'ecstasy. Seule l'inhalation semble différer du fait du caractère semble-t-il moins corrosif de l'amphétamine (hypothèse).

La stimulation permise par les amphétamines s'accorde bien avec les effets recherchés par les participants de l'espace festif commercial (être endurant, se stimuler).

Puissance, maîtrise de soi, dopage, amélioration des performances, potentialisation des effets, durée.

✓ Régulations

Les amphétamines sont associées à la plupart des produits (exceptés les déprimeurs) dans un objectif de potentialisation des effets.

Le problème majeur de l'amphétamine semble être directement lié à sa fréquence de consommation (sa consommation régulière entraînant dépression, agressivité, des formes de « *psychose amphétaminique* »). Ce type de problème est relativement rare car peu d'utilisateurs s'inscrivent dans ce type de trajectoire.

Des problèmes plus immédiats ont aussi été relevés : brûlures d'estomac, diarrhées.

En 2004, le public observé en rave party, connaît une diffusion modérée de la consommation d'amphétamines (*speed*), qui était marginale dans ce groupe au cours des années précédentes. Le mélange de différentes populations festives en rave party qui chacune apporte ses pratiques, et la disponibilité du *speed* en pâte (pas de sniff) semblent favoriser cette diffusion.

La grande majorité des participants à l'espace festif techno alternatif consomme ou a consommé des amphétamines, tandis que les observations attestent d'une majoration récente de sa consommation dans l'espace festif commercial de type « *rave party* » (même si elle reste modérée comparativement à l'usage d'ecstasy et de cocaïne dans cet espace).

✓ Profils types d'utilisateurs

Le profil type des utilisateurs d'amphétamine correspond en règle générale au profil type du consommateur d'ecstasy. Les différences entre les deux produits ne sont d'ailleurs pas nettement posées dans l'espace festif techno, une partie non négligeable des consommations d'amphétamine (50% des cas) se faisant à l'insu des utilisateurs (amphétamine vendue sous l'appellation ecstasy).

Néanmoins, deux profils spécifiques d'utilisateurs consommant volontairement des amphétamines peuvent être dégagés.

Le premier profil est celui d'un homme (60% des cas) âgé en moyenne de 24/25 ans, très fortement inséré dans le milieu techno (appartenance identitaire forte de type « *tribes* » ou « *travellers* »), en perte progressive de lien social ordinaire (travail, famille...) et dont les consommations, importantes, peuvent dépasser l'espace festif.

Le second profil est celui d'un homme (75%) âgé en moyenne de 30 ans présentant un profil plus urbain que festif (précaire), souvent anciennement pharmacodépendant aux opiacés et/ou ayant déjà, avant sa participation au milieu techno, consommé des amphétamines, souvent par injection.

Les *tribes*, *travellers* ou anciens UDVI ne sont plus les seuls utilisateurs à rechercher les amphétamines. Dans le milieu underground des free-partys, elles sont souvent préférées à l'ecstasy. La représentation principale de l'amphétamine est celle d'un produit dur.

14. L'usage de produits hallucinogènes

➤ **Le LSD**

Le LSD en micro pointes était pratiquement une substance mythique et rarement expérimentée jusqu'à l'année dernière mais est devenue une substance régulièrement consommée en 2004 et d'un accès important sur site.

Le mouvement alternatif confirme son engouement pour les substances hallucinogènes au détriment de l'ecstasy : les hallucinogènes majeurs sont de plus en plus disponibles et préférés à l'ecstasy quand il y a le choix. « *Les champis, c'est la mode et les trips aussi* ».

Contrairement aux années précédentes, les buvards de LSD consommés en teufs en 2004 « *ne sont plus de la carotte* ».

La disponibilité du LSD, en buvard ou en micro pointes, a donc considérablement augmenté en 2004. « *Le trip est à la mode* ».

« *Avant, un nouveau teufeur qui s'initiait à la teuf prenait un ecstasy, aujourd'hui il prend un trip* ».

« *D'ailleurs, ce n'est pas rare de voir plus de LSD que d'ecstasy dans une teuf aujourd'hui* »

Il est probable que l'augmentation des prises de LSD en rave partys soit lié au mélange des populations (amateurs de free partys ou anciens amateurs de free partys qui se rendent en rave partys).

✓ **Profils d'usagers**

Le retour du LSD touche principalement la nouvelle génération des participants aux manifestations festives techno clandestines, et plus particulièrement ceux qui fréquentent les free-partys. Ils sont en règle générale âgés d'une vingtaine d'années, sont pour la plupart en situation de vulnérabilité sociale du fait de leur insertion forte au sein du milieu techno (étudiants, chômeurs). Les hommes sont sur représentés par rapport aux femmes.

Un second groupe de consommateurs est aussi présent : les personnes le composant sont plus âgées (+/- 25 ans), plus expérimentées et nettement plus insérées au sein du milieu techno clandestin.

✓ **Prix**

Un buvard ou une micro pointe se vend au maximum 10 €uros

✓ **Modes d'administration**

Lorsque le LSD sous forme de timbre/buvard est ingéré, il n'y a pas de préparation spécifique sauf lorsque l'utilisateur veut le fractionner soit pour le partager, soit pour échelonner sa prise du produit. Le timbre est alors découpé à l'aide d'un couteau ou d'une lame de rasoir en évitant au maximum le contact des doigts avec le support du LSD.

Lorsque le LSD est consommé sous forme de goutte, il est en règle générale déposé sur un sucre puis directement ingéré.

Le mode d'administration privilégié du LSD est l'ingestion (95% des cas).

Certains usagers pratiquent aussi l'acide punch, mélange de LSD directement introduit dans une bouteille contenant de l'alcool (divers et variés selon le goût des usagers) et directement ingéré.

Des cas très isolés d'usagers ayant recours à d'autres modes d'administration sont attestés mais restent extrêmement marginalisés : injection ou application directe sur les muqueuses sexuelles ou le globe oculaire (lors la substance est sous forme liquide). Nous n'avons pas d'information sur les effets spécifiques recherchés par les usagers et peu sur les risques potentiels (aucune sur l'injection, sur les muqueuses, seule une inflammation très importante des tissus nous a été rapportée).

✓ **Effets recherchés**

Dans l'espace festif commercial, l'usage du LSD est présent chez une minorité des participants aux raves partys. Les effets recherchés sont similaires à ceux recherchés dans l'espace festif alternatif.

Les effets recherchés et en règle générale ressentis (sauf en cas de bad trip) sont les hallucinations visuelles et colorées, le dynamisme, l'empathie, la créativité, l'euphorie, l'accès aux portes de la conscience...

Lorsque « *l'ouverture des portes de la perception* » est un effet recherché (c'est plus rare), l'usage du LSD s'effectue plutôt hors de teufs, en petits comités.

✓ **Associations**

Les associations incluant le LSD sont peut-être moins importantes qu'avec les autres produits. C'est une substance qui semble se suffire à elle-même.

L'association la plus importante, au delà de l'ecstasy / LSD est LSD et cocaïne. Quand l'effet psychoactif du LSD diminue et que les usagers n'en ont plus, certains consomment de la cocaïne dans le but de réactiver l'effet du LSD. Ceci se pratique donc toujours en descente de LSD, jamais au cours de la montée.

✓ **Dommmages sanitaires**

Le seul vrai problème posé par le LSD est le bad trip. L'utilisateur, ne supportant plus la violence de l'effet psychodysléptique de la substance, cherche alors à la contrôler sans y parvenir. S'en suit une phase de panique qui, selon les cas, peut s'arrêter avec un simple travail de réassurance (mené par des intervenants qualifiés comme par des pairs) ou nécessiter une prise en charge médicalisée adaptée (injection de Valium®) voire chez les personnes psychologiquement instables une hospitalisation.

D'autres problèmes, plus mineurs, ont aussi été observés : mal au ventre, diarrhée, maux dentaires, tous en lien avec le caractère relativement « *corrosif* » de la substance.

✓ **Perceptions du produit chez les usagers et non usagers**

Les non consommateurs ont une perception relativement négative du LSD. C'est une drogue forte qui peut laisser son consommateur « *cheper* » (verlan de perché qui renvoie au statut d'usager qui n'est plus redescendu de son trip au LSD).

Chez les consommateurs actifs, la perception du produit est bonne voire très bonne, avec un certain respect pour la substance : c'est un produit fort mais qui fait voir des choses que l'on ne verrait pas sans.

Son usage permet aussi de se différencier de la masse des participants au milieu festif et surtout des consommateurs d'ecstasy, jugés trop « *naïfs* »

✓ **Dénomination**

LSD, peutri (verlan de trip), trip, carton, acide et buvard (de plus en plus rare, rattachés à la culture des années 70), goutte.

15. La Kétamine et autres hallucinogènes d'origine synthétique (GHB, protoxyde d'azote...)

➤ **KETAMINE**

Les seules données recueillies sur la Kétamine l'ont été au sein de l'espace festif. Dans le cadre de cet espace, « *en dehors de cas marginaux, on peut dire que l'usage de Kétamine est restreint à l'espace festif alternatif* ».

La Kétamine est assez disponible, elle est moins chère que la cocaïne et plus chère que le speed. Elle est surtout présente dans les Alpes Maritimes et en Italie du Nord, et reste marginale dans le Var. D'ailleurs, les consommateurs de Kétamine du Var viennent acheter leur produit dans les Alpes Maritimes. Sa vente dans les Alpes Maritimes est expliquée par les usagers comme la conséquence de la proximité avec l'Italie.

Des consommations de Kétamine ont été observées à Marseille, mais en dehors de l'espace festif (dans des « *squats* » habités ou fréquentés par des participants de l'espace festif alternatif).

Son usage est marginal voire inexistant dans l'espace festif commercial.

✓ **Prix**

Elle est moins chère que la cocaïne et plus chère que le speed, soit 40 €uros le gramme

✓ **Les usagers**

Il n'y a pas de profil type. Au début de la Kétamine (années 1997/98), les profils étaient plutôt précaires et/ou présentant une trajectoire d'usager abusif et/ou compulsif avéré. Seuls les plus extrêmes s'essayaient au produit. Aujourd'hui, le profil des consommateurs s'est élargi. Il correspond essentiellement au milieu techno underground (free-party, squat) et touche tous les profils croisés dans ces types de manifestations. Cela va des tribes ou travailleurs très fortement ancrés dans le milieu festif techno, socialement vulnérables à fortement précarisés (et dont les usages peuvent dépasser l'aspect occasionnel et festif) au jeune étudiant inséré, qui n'hésite plus à prendre, à l'instar de la cocaïne, son, voire ses, petits rails de Kétamine le week-end.

✓ **Modes d'administration**

Les usagers préparent eux-mêmes la Kétamine en transformant le liquide en poudre (par évaporation, au bain marie ou directement dans une poêle).

Si la Kétamine est conditionnée sous forme liquide, l'usager doit avant tout, s'il veut l'inhaler, la réduire sous forme de poudre. Pour cela, il place une casserole d'eau sur une source de chaleur (réchaud, feu de bois...) puis y dépose en bain-marie une assiette dans laquelle il verse le produit sous forme liquide. Après 5 à 10 minutes, le contenu de l'assiette se cristallise en une croûte blanchâtre que l'usager n'a plus qu'à gratter puis à réduire par simple pression sous forme de poudre.

Une fois réduit en poudre, l'usager n'a plus qu'à constituer son rail à l'aide d'une lame de rasoir ou d'une carte bancaire puis à inhaler la substance grâce à une paille ou un billet de banque roulé sur lui-même.

Lorsque la Kétamine est fumée, elle est mélangée à du tabac puis consommée sous forme de joint.

Si l'injection est une pratique attestée même en manifestation festive (free-party, teknival), sa visibilité est réduite au maximum. Le recours à cette voie d'administration n'a d'ailleurs jamais été observé in situ. Les quelques informations collectées ne sont que déclaratives : l'injection de Kétamine est très proche de l'injection d'une héroïne de très bonne qualité que l'usager n'aurait pas à chauffer au préalable.

Elle est généralement sniffée, mais des usages en intramusculaire ont été plusieurs fois observés en Italie (par des personnes qui sont perçues comme étant des usagers italiens).

✓ **Effets recherchés**

Les effets recherchés par les usagers sont très proches d'une combinaison entre le LSD et l'héroïne :

- le LSD, pour les phases psychodysléptiques qu'il induit mais avec des effets encore plus importants de type décorporation
- l'héroïne pour la sensation de bien être, de légèreté.

« *la Kétamine c'est partir, partir loin mais loin...* »

Les personnes qui consomment ponctuellement de la Kétamine en teuf, l'achètent en poudre, et la prennent plutôt en fin de soirée, pour assurer une descente d'un produit stimulant ou hallucinogène, ou pour renforcer l'effet du LSD qui s'étiole en fin de nuit.

✓ **Associations**

Les associations les plus fréquemment relevées sont les psychostimulants (cocaïne, ecstasy et/ou amphétamine).

La Kétamine est consommée à la fin de l'effet des produits cités dans le but de limiter les effets indésirables des descentes des psychostimulants.

L'association Kétamine et LSD renforce la capacité psychodysleptique des deux produits.

✓ **Domages observés**

Les problèmes consécutifs à une prise de kétamine sont dans la plupart des cas de nature immédiate :

- chute sévère avec risque de fracture
- coma léger
- perte de connaissance
- désynchronisation totale
- et dans certains cas des « *bad-trips* »

✓ **Perceptions de la Kétamine**

La perception de la substance diffère selon le statut de la personne. Chez la plupart des personnes qui n'en ont pas consommé, elle apparaît comme une substance « *de malade* », qui ne produit que des « *zombis* », incapables de réfléchir, complètement inconscients du contexte dans lequel ils se trouvent et renvoyant une image très dégradée des personnes qui en consomment (il est évoqué le tableau typique du « *kétaminé* » au lever du jour, dans sa voiture, complètement anesthésié, l'œil révulsé et le flot de bave aux coins des lèvres).

C'est un produit qui ne cadre pas avec la fête (renfermement sur soi-même).

Un certain attrait est néanmoins mesurable : attrait de la nouveauté, de la prise de risque réalisé consciemment et surtout, au delà des premiers clichés, attrait pour ce monde si paisible et si rassurant dans lequel sont entraînés les usagers.

Pour les usagers actifs, la perception de la Kétamine est empreinte d'un certain respect, du fait de la violence des effets qu'elle procure mais aussi de ses capacités psychoactives qui semblent ne jamais s'arrêter. Beaucoup d'usagers nous ont d'ailleurs parlé de ce produit comme d'un super LSD, permettant des voyages et des prises de conscience qu'aucun trip au LSD ne leur avait jamais permis.

Les différentes appellations sont : Spécial K, K, Kéta, Ké.

➤ **GHB**

L'année 2004 est marquée par l'émergence d'une consommation volontaire de GHB mise en évidence à Nice.

Les achats sur Internet sont directement effectués par le consommateur, ou par la personne qui lui a vendu le GHB (pas de trafic semble-t-il, un intermédiaire maximum avec l'achat électronique).

Le prix n'a pas été renseigné.

Tous les consommateurs volontaires de GHB (qu'il s'agisse des consommateurs identifiés dans les soirées clubbing, ou des personnes rencontrées dans l'espace alternatif qui en auraient consommé dans des contextes privés) ont consommé un liquide reconstitué à partir de deux liquides achetés sur Internet (vendus ensemble dans ce but évidemment) que l'on mélange soi-même pour obtenir du GHB.

Des « *malaises* » chez des personnes qui ont déclaré avoir volontairement consommé du GHB sont décrits par les gérants des établissements festifs en des termes qui peuvent effectivement correspondre à une intoxication au GHB : « *ils sont sur la piste en train de danser. Ils tombent d'un coup brusquement. Pendant une demi-heure environ, il est totalement impossible de les réveiller. Au bout d'une demi-heure, parfois moins, ils se réveillent brusquement et sont quasiment hystériques* ».

Les observateurs des conduites d'intoxication volontaire au GHB s'inquiètent d'ailleurs particulièrement des interactions entre le GHB et les traitements contre le VIH, car cette interaction concerne plusieurs des usagers volontaires observés.

Le constat de l'usage récréatif volontaire de GHB dans les soirées clubbing est renforcé par un constat similaire dans les établissements spécialisés dans le sexe (échangisme). Chez ces personnes

qui consomment régulièrement des drogues comme l'ecstasy, l'alcool et la cocaïne, de «*petites doses* » de GHB permettent d'obtenir un effet similaire à celui d'une alcoolisation (désinhibition) «*sans gueule de bois du lendemain* ».

Une minorité des personnes qui participent à l'espace festif techno commercial ont expérimenté ou consommé régulièrement du GHB en 2004. Cependant, ce groupe est en expansion. En dehors des consommations en soirées clubbing qui nous semblent attestées par les descriptions des patrons de club, des consommations lors de soirées privées ont été rapportées chez des personnes qui fréquentent par ailleurs les rave partys, ou l'espace festif alternatif.

Dans le milieu 'Gay Friendly', on constate que les consommateurs de GHB sont habituellement des consommateurs d'alcool et d'ecstasy, et qu'en dehors des soirées clubbing, ils ont une vie sexuelle caractérisée par le multi partenariat.

16. Les champignons hallucinogènes et autres produits d'origine naturelle

➤ CHAMPIGNONS HALLUCINOGENES

Les champignons hallucinogènes le plus souvent consommés sont les «*Mexicains* ».

En 2004, l'usage des champignons mexicains est plus fréquent que celui des psilocybes français.

L'approvisionnement en champignons mexicains est régulier et est vraisemblablement soutenu par une multitude de micro trafics issus d'auto production grâce à des spores achetés sur Internet.

Des consommations comme des ventes de champignons hallucinogènes mexicains ont aussi été observées en milieu urbain dans des soirées organisées par des collectifs associatifs.

En effet, les champignons mexicains sont de plus en plus facilement disponibles dans l'espace festif alternatif.

✓ Prix

On peut avoir une dose de champignons pour environ 10 €uros. Ils sont vendus en free partys et dans les petites teufs, autant frais que secs.

Une «*dose* » comprend 3 à 6 champignons selon leur taille (alors qu'une «*dose* » de «*psylos* » français contient trente à quarante champignons).

Les prix peuvent varier de 5 à 20 €uros.

✓ Usagers

Les profils des consommateurs de champignons hallucinogènes sont similaires à ceux présentés par les usagers de LSD. Nous retrouvons donc les deux types précédemment constitués (voire chapitre sur le LSD) à savoir les plus jeunes participants à l'espace festif (20 ans et moins) et les amateurs d'hallucinogènes majeurs qui moins nombreux sont plus âgés (+/- 25 ans) et plus expérimentés.

✓ Modes d'administration

Lorsque les champignons sont conditionnés sous leur forme initiale il n'y a pas de préparation préalable sauf pour les usagers qui n'apprécient pas leur goût et qui vont, avant de les ingérer, les envelopper dans une feuille, de préférence à cigarette.

Lorsque les champignons sont conditionnés sous forme de poudre, ils sont alors préparés en infusion. L'utilisateur fait chauffer de l'eau et y adjoint du thé et les champignons. Le tout est porté à ébullition puis filtré pour être ensuite ingéré.

L'ingestion est le seul mode d'administration relevé.

✓ Effets recherchés

Les effets recherchés sont avant tout la désinhibition, l'hallucination, le rire.

✓ Associations

A l'exception du cannabis, dont le but est d'augmenter l'effet psychodysléptique de la prise de champignons, il n'y a pas d'association spécifique associant les champignons à d'autres substances. Des poly-consommations ont été relevées mais répondent plus à une logique de sur-consommation « *je consomme tout ce qui passe à ma portée* » qu'à une réelle réflexion en termes de potentialisation ou de régulation des effets psychoactifs.

✓ Dommages

Il ne semble pas y avoir de problèmes sérieux à mettre en lien avec la consommation de champignons hallucinogènes. Néanmoins, certains usagers se plaignent de maux d'estomac sans que de réelles conséquences sanitaires ne soient enregistrées, d'autres peuvent aussi être victimes de vomissement. Le seul problème auquel nous avons été confrontés reste, à l'instar du LSD, le bad trip. Un mauvais dosage de la substance corrélée à une personnalité un peu fragile ou à un contexte déstabilisateur peut être à l'origine d'un bad trip aux champignons hallucinogènes. Ce problème est cependant beaucoup moins fréquent qu'avec le LSD d'une part car la disponibilité et l'accessibilité à ce produit sont beaucoup moins importantes que pour le LSD (pas de réseau structuré de cession, disponibilité fluctuante et dépendante de la période de l'année), d'autre part car l'effet psychodysléptique du produit semble moins importante (voire plus gérable) que pour son homologue synthétique.

✓ Perceptions

Les participants de l'espace festif commercial ne consomment que rarement ce type de produits lors des manifestations festives, mais l'expérience des champignons mexicains en « *petits comités* », dans le cadre de fêtes privées, serait de plus en plus fréquente, et concernerait en tout cas une minorité non négligeable des personnes qui fréquentent les « *rave party* » (y compris chez des personnes qui ne consomment que des stimulants ou de l'ecstasy lors des manifestations festives)

Les champignons sont appréciés en tant que produit naturel mais servent aussi de remplaçant du LSD. « *Les champis sont à la mode, comme le LSD* ».

La perception est donc relativement bonne. « *Pourquoi se méfier d'un produit naturel donc peu ou pas nocif pour la santé* ».

Le peu de consommateurs, l'absence de visibilité font que l'ensemble des problèmes liés aux champignons (bad trip essentiellement) est le plus souvent associé au LSD ou aux polyconsommations. Ce produit apparaît de plus chez les usagers comme le produit qui par excellence fait rire, appuyant par là même le caractère anodin de la substance.

Les usagers expérimentés sont par contre plus réservés car ils connaissent les effets somatiques et psychoactifs importants induits par leur consommation et plus encore quand il s'agit de champignons étrangers, plus puissants mais extrêmement rares en PACA (aucune observation en 2004).

Les différentes appellations sont : champi, psylo, psylocib, mexicains, hawaïens, californiens, guyanais....

➤ SALVIA DIVINORUM

La Salvia Divinorum (Sauge divinatoire) se présente sous forme de feuilles, ou de concentré en fiole dénommé 5X, 10X, ou 15X selon le degré de concentration.

Elle est principalement achetée par Internet.

Le produit semble absent des manifestations couvertes par la Mission Rave MFAM/MDM en 2004. Pas de consommation de Salvia Divinorum recensée dans l'espace festif commercial.

Elle se consomme surtout en « *douilles (bang)* », ou dans une petite pipe.

La Salvia s'inscrit dans « *la mode* » du goût pour les hallucinogènes. De plus en plus de personnes dans les petites teufs et les free partys ont expérimenté la Salvia. Des usages réguliers en dehors de teufs sont recensés chez des personnes qui ont toujours de la Salvia chez eux et sur eux.

➤ **AYAHUESCA**

Des substances comme l'Ayahuesca et le Peyolt sont désormais considérées comme les substances mythiques : « *personne n'a goûté parce qu'il n'y en a pas, mais si tu en amènes en teuf, tout le monde t'en achète* ».

Le produit semble absent des manifestations couvertes par la Mission Rave MFAM/MDM en 2004.

➤ **Les graines de LSA**

Les graines de LSA sont perçues comme du « *LSD naturel* » par les usagers. Elles sont simplement mangées, et s'inscrivent aussi dans « *la mode* » des hallucinogènes, avec le croisement de l'attrait des substances naturelles et de la recherche d'une substance qui « *ressemble* » au LSD dans les effets attendus. Les graines de LSA ne sont pas vendues dans l'espace festif alternatif, mais plutôt offertes, échangées, ou achetées directement sur Internet.

Pas de consommation de LSA recensée dans l'espace festif commercial.

Le produit semble absent des manifestations festives couvertes par la mission Rave MFAM/MDM en 2004.

17. L'usage de médicaments psychotropes

➤ **Le flunitrazépan (Rohypnol®)**

L'analyse des données locales du programme OPPIDUM en 2003 montre que le Rohypnol® est le produit consommé lors de la première expérimentation pour 3% des sujets. Pour 5% des hommes et 3% des femmes il est le premier produit ayant rendu dépendant.

Le Rohypnol® est décrit comme très disponible et très accessible en trafic de rue.

Il se vend par plaque de 7, le prix varie entre la semaine et le week-end : 10 €uros la semaine, 15 à 20 €uros la plaque le week-end.

✓ **Modes d'administration**

Ingestion : « *Il y en a qui le font fondre dans la bouche, on les appelle les schtroumfs. La plupart du temps tu les prends par plaques, certains prennent 2 ou 3 plaques* »

✓ **Effets recherchés**

Utilisé pour le passage à l'acte : « *C'est un peu comme la coke, on se sent invincible. Ça rend agressif* ». « *C'est relaxant ou speed selon les usagers, ça peut changer s'il y a conso d'alcool et de cannabis* ».

Amnésie, perte de mémoire

Ouvre l'appétit.

✓ **Associations**

Alcool, substituts aux opiacés et particulièrement le Subutex®

« *Le café fait monter les rups, ça fait un peu speed ball* »

« *Le sucré et la bouffe, tout ce qui est sucré* »

✓ **Dommmages**

« C'est très difficile d'arrêter le rup, crise d'épilepsie quand tu arrêtes, que le sevrage est brutal »
« Les usagers disent que c'est très difficile à arrêter, la descente est très mauvaise »

Les consommateurs sont à 80% de sexe masculin, sans emploi. Souvent ils minimisent aussi, ils disent « je prends juste des rups donc ça va quoi »

Appellation : rup, haricot magique, bouche bleue « t'as sucé un schtroumf »

18. Les autres benzodiazépines

(Valium®, Xanax®, Stilnox®, Lexomil®, Rivotril® ...)

➤ **VALIUM®**

Aucune donnée n'a été recueillie sur ce produit en 2004 dans l'espace urbain.

Ce produit semble absent des manifestations couvertes par la Mission Rave MFAM/MDM en 2004

➤ **RIVOTRIL®**

Cette benzodiazépine est très disponible en 2004.

« Il y a plus de rivotril que de rups, mais le rup est plus fort »

Elle est toujours vendue par plaquette : 1 €uro pour le prix le plus bas jusqu'à 4 ou 5 €uros la plaquette.

Les usagers de Rivotril® sont décrits comme étant des polyconsommateurs en situation de précarité. Les femmes semblent être plus concernées par l'usage de Rivotril® que les hommes.

L'explication donnée à l'appétence pour le Rivotril® est équivalente à celle qui est avancée pour le Rohypnol®, à savoir :

- L'absence d'effets antidépresseurs des produits de substitution que viendrait combler ces usages
- le passage par l'univers carcéral ou celui de la psychiatrie au sein desquels l'usage a souvent été initié.

✓ **Modes d'administrations - Effets**

Oral, sublingual des fois

Mêmes effets que le Rohypnol® mais apparemment « on décroche plus facilement que des rups »

Le café et l'alcool potentialisent les effets.

A l'arrêt si le sevrage est brutal, risque d'épilepsie

✓ **Dommmages**

Baisse de la vigilance : effets sur la « bobologie » (comme le rup)

Mise à distance globale (comme rups)

« Les rythmes biologiques et physiologiques sont perturbés avec les cachets en général »

➤ **L'ARTANE®**

L'Artane® occupe, dans les propos recueillis localement, la place attribuée au crack sur d'autres sites. Les deux produits sont d'ailleurs fréquemment mis en parallèle faisant de l'Artane® une sorte de « *crack marseillais* ».

Le produit est qualifié de disponible et accessible par « *vagues* », « *c'est cyclique* ».

Le prix d'une boîte d'Artane® serait de 5 €uros, pouvant varier selon les moments de la journée et de la semaine.

En juillet - août 2004 l'association ASUD a fait des affiches dont le texte était le suivant :

« Artane® = danger »

Attention !

*La consommation détournée et abusive d'Artane® provoque de graves problèmes :
Hallucinations, mauvais délires, crises de violence extrêmes et incontrôlables, troubles psychiatriques.*

De retour à la réalité, en général, on ne se souvient de rien mais les dégâts sont là :

Mutilations corporelles, perte des biens personnels (papiers, argent...), internement...

Surtout, évitez les mélanges : Artane® + alcool et autres "benzodiazépines".

« Artane® rend fou parole de tox ! »

La période de juillet août renvoie à un des cycles classiques de la circulation d'Artane®, qui de fait est souvent reliée aux mouvements de personnes d'une rive à l'autre de la Méditerranée.

Le médicament serait en effet prescrit fréquemment au Maghreb et notamment en Algérie. Certains en déduisent donc l'existence d'un trafic qui expliquerait, plus que les prescriptions locales, la présence d'Artane®.

Des propos recueillis en groupe focal répressif soulignent toutefois l'absence de saisies d'Artane® en provenance du Maghreb mais font état de deux saisies à la Réunion en provenance de Madagascar (Deux fois 1000 comprimés).

✓ **Modes d'administration**

L'Artane® est « *seulement gobé* ». Selon certains intervenants beaucoup d'utilisateurs disent « *on a mis ça dans mon verre à mon insu, sans que je le sache* », ce qui pourrait renvoyer au statut stigmatisé du produit et est souvent interprété comme du déni. Toutefois, l'usage de l'Artane® comme produit de « *soumission chimique* » a été évoqué en groupe focal sanitaire par un médecin dont certaines patientes ont attesté en avoir pris à leur insu et ne surtout pas vouloir renouveler l'expérience.

✓ **Effets recherchés**

Selon un médecin présent au groupe focal sanitaire : « *Je crois qu'il y a deux types d'utilisations de l'Artane®, Certains qui ont sur eux une ou deux plaquettes, commencent, le gèrent, ils en reprennent deux ou trois et attendent, on les voit qui ne sont pas forcément agités pas forcément délirants, ils ont des mydriases bilatérales et tous les signes... Après il y a d'autres qui recherchent le feu d'artifice, font usage un peu psychédélique d'un côté et d'un autre côté un usage stimulant, en fonction de la dose* ».

Les hallucinations font de fait partie des effets évoqués :

« *Il y a des hallus, l'autre fois quelqu'un était à moitié assis comme sur un tabouret sauf qu'il y avait pas de tabouret, et il parlait à quelqu'un en face de lui alors qu'il n'y avait personne, alors c'est des hallus ils entendent des voix et puis ils peuvent rien te dire après parce qu'ils s'en souviennent pas (...)* ».

L'usage est souvent qualifié de « *défonce* ». Il concernerait les plus précaires des usagers : « *C'est fréquent ici, parmi les gens qui sont très précarisés il y a des adeptes de l'Artane® et qui essaient de persuader les autres que c'est bien. Ils disent vivre un phénomène de décorporation qui peut plaire. Souvent ils racontent que le regard que les autres portent sur leur consommation est terrible mais eux ne s'en rendent pas compte ils ont une amnésie, ce qui les intéresse c'est de fuir la réalité* ».

L'amnésie serait parfois recherchée dans une perspective de passage à l'acte : « *L'Artane® monte vite, en 10 minutes, c'est tellement fort que ça calme tous les symptômes de manque. Il y en a qui le prennent pour aller voler, l'effet dur longtemps, quand c'est la première fois toute la semaine. Cela dure au moins 24-36 heures* »

Pour d'autres « *La plupart des personnes prennent des neuroleptiques et l'Artane® compense certains effets secondaires* ».

L' Artane® est aussi « consommé comme antidépresseur en automédication ».
Un intervenant note avoir vu « quelqu'un qui en prenait pour parler avec son frère qui est décédé ».

✓ **Dommmages observés**

Certains dommages rapportés sont particulièrement graves :

« Il y a beaucoup d'accidents avec l'Artane®, une personne s'est faite renverser à l'entrée de l'autoroute, elle avait de la ferraille de partout, tout était cassé les jambes le bassin, il lui restait plus rien. T'en as qui se sont défenestrés, ils ont pris les fenêtres pour la porte, vraiment hard ».

« La descente est très mauvaise, les gens sont dépressifs. Il y a des gens qui se retrouvent à poil à errer dans les rues, certains en prison ou en psychiatrie, certains se défenestrent, beaucoup de bagarres de disputes ».

La caféine potentialise les effets de l'Artane®, l'alcool aussi.

Appellations : seulement ARTANE.

. **19. Nouveaux produits**

➤ **L'injection de Ritaline®**

Dans le cadre du groupe focal sanitaire, et à une autre occasion (jeunes aixois reçus à MDM) une pratique minoritaire a été évoquée. Elle concerne un usager en contact avec un médecin de CSST :

« Je voulais parler d'un produit qui est apparu cet été. C'est en particulier un patient qui l'utilisait mais qui m'a dit que c'était utilisé dans la rue aussi par pas mal de personnes. Il s'agit de la Ritaline[®]. J'ai lu la notice et effectivement c'est d'usage restreint comme tous les psychotropes. Le produit est prescrit avec des conditions rigoureuses pour les enfants hyperactifs, et malgré tout il se vend dans la rue. En fait ça les speede et ils se l'injectent ».

La personne à laquelle il est fait référence dans cet extrait est décrite comme « quelqu'un qui s'est marginalisé extrêmement, terriblement amaigri, qui vit dans un hôtel meublé et qui fait partie de ces gens qui arrivent du Nord pour changer de vie, qui débarquent à Marseille et viennent nous voir pour avoir des papiers à jour, un traitement de substitution, essayer de trouver du boulot aussi ».

➤ **Apparition d'un mode de substitution « profane » dans un réseau d'usagers de l'espace urbain**

En Juin 2004 le responsable d'observation en milieu urbain a fait état de l'existence d'un produit utilisé dans un petit réseau d'usagers dénommé le « boblum » le premier usager à lui avoir fait état de l'existence de ce produit lui précisa qu'il permettait « de remplacer 10 ou 15 trous ».

« Tout en discutant, celui qui est debout sort un comprimé plus gros qu'un Efferalgan®(aspirine) (sic) : C'est pour maigrir (l'usage initial). J'en fais un "coupe-coke" »

Il n'a pas été possible d'avoir plus de précisions sur la nature de ce produit.

NOTES THEMATIQUES

NOTE THEMATIQUE CANNABIS

Selon certaines étymologies, le terme de « Canebière » viendrait du cannabis. Des déambulations du philosophe et critique littéraire allemand, Walter Benjamin fumant du « haschich à Marseille » dans les années 20 aux traces de l'exportation dès le septième siècle à Massalia de cordages de chanvre, la ville semble avoir de longue date une affinité élective avec ce produit.

Données régionales : une diffusion et des usages très supérieurs à la moyenne nationale

Les données issues d'une extraction régionale de l'étude ESCAPAD rendent compte du fait que la région PACA est la première région pour l'usage régulier de cannabis. La région connaît une diffusion et des usages très supérieurs à la moyenne nationale.

Ainsi, « parmi les adolescents interrogés, 61 % des garçons et 50 % des filles ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie, 54 % et 42 % en ayant consommé au cours des douze derniers mois. L'usage au cours du mois concerne 36 % des jeunes, l'usage régulier 17 %, avec une nette prédominance masculine ; l'usage quotidien concerne pour sa part 7 % des jeunes.

La région se caractérise par une diffusion proche mais des usages très supérieurs à ceux du reste de la France : l'écart est en particulier de cinq points pour l'usage régulier et de près de deux points pour l'usage quotidien. Cet écart concerne plus les garçons (un quart d'entre eux sont usagers réguliers de cannabis). Provence-Alpes-Côte-d'Azur est la région de métropole dans laquelle l'usage régulier de cannabis se trouve le plus répandu.

En moyenne, les jeunes adolescents de la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur disent avoir fumé leur premier joint au début de leur quinzième année, soit un peu plus tôt que dans le reste de la France, les garçons précédant les filles de quelques mois. »^①

A l'échelle nationale, le cannabis fait l'objet d'une médiatisation de plus en plus importante et d'une stratégie émergente de « prévention », qui intègre de plus en plus la question des niveaux d'usage et des risques. Ce discours de prévention est porté localement par des professionnels de plus en plus diversifiés (alcoologie, tabacologie, éducation à la santé, acteurs de la réduction des risques, de la répression...).

Dans un contexte où le cannabis est le « premier produit ayant rendu dépendant » 20% des usagers enquêtés dans le cadre de l'extraction locale d'OPPIDUM à Marseille et où des constats d'acteurs du champ sanitaire et/ou répressif s'accordent sur la précocité de l'expérimentation et sur des dommages apparents, cette note se propose d'apporter quelques éléments sur le travail d'observation mené dans le cadre du dispositif TREND à Marseille en 2004.

Elle s'articule sur deux axes de données recueillies. Le premier relève d'une enquête par questionnaire « usagers fréquents de Cannabis » réalisée au mois de mai et juin 2004 à Marseille. Elle rend compte des singularités de l'échantillon marseillais et des informations recueillies tout en la mettant en regard avec les données obtenues à l'échelle nationale.

Le deuxième axe rend compte des éléments recueillis lors d'entretiens qualitatifs avec des usagers fréquents de cannabis, mais aussi des constats évoqués avec les groupes focaux, sanitaire et répressif. Les éléments apportés par la responsable d'observation de TREND en milieu festif sont également exposés.

L'enquête usagers fréquents de Cannabis

1. Volet « rue »

L'enquête a été lancée à Marseille début mai 2004. L'objectif était d'arriver dans la période de début mai à mi-juin à administrer le questionnaire à 150 personnes différentes répondant aux critères

^① Source : OFDT, ESCAPAD 2002-2003 exploitation régionale - Beck F, Legleye S, Spilka S, Atlas régional des usages de drogues à l'adolescence (à paraître mai 2005)

d'inclusion : 100 questionnaires devaient être réalisés dans la rue, et 50 dans le cadre de structures d'offres de soins.

Au terme de la période de passation, ce furent finalement 122 questionnaires qui furent administrés, dont....

Equipe d'enquête :

Les questionnaires ont été soumis par plusieurs enquêteurs et ont concerné des personnes venant de divers milieux sociaux

Responsable d'observation milieu urbain TREND	<ul style="list-style-type: none"> - des jeunes de milieu « culturels » - des jeunes adultes précarisés des cités
Enquêtrice	<ul style="list-style-type: none"> - des adultes du centre ville, milieu « rasta » - des adolescents issus des classes moyennes - des jeunes fréquentant une plage populaire de Marseille
Service Prévention et Accueil Aubagne AMPTA	<ul style="list-style-type: none"> - des jeunes et jeunes adultes fréquentant des centres sociaux
Un professionnel de l'Espace Santé Jeunes de Salon	<ul style="list-style-type: none"> - des jeunes adultes bac et +, étudiants ou salariés

2. Volet « soins »

Les structures contactées pour les questionnaires à administrer dans les lieux d'offre de soins ont pour la plupart manifesté leur intérêt pour l'enquête mais peu ont pu effectivement y donner suite. Les raisons en étaient diverses.

- elles ne reçoivent pas le public entrant dans les critères d'inclusion, à savoir des usagers essentiellement consommateurs de cannabis (usagers principalement d'opiacés ou cocaïne)
- il semblait difficile à certaines structures d'accueillir des usagers en leur demandant de répondre à un questionnaire
- pour les structures concernées par un accueil spécifique « jeunes », nombre d'usagers avec lesquels elles étaient en contact ne relevaient pas du critère de recours volontaire aux soins
- la période dans laquelle s'est déroulée l'enquête semblait moins propice (baisse de fréquentation)
- Enfin des refus venant des usagers de renseigner les questionnaires ont été rencontrés

Malgré ces difficultés – qui se sont retrouvées sur la plupart de sites d'enquête – qui ont eu pour résultat une sous représentation notable des publics fréquentant les lieux de soins, plus d'une centaine de questionnaires ont pu être passés dans l'espace urbain.

Le tri à plat des questionnaires a été réalisé à Lille, certaines variables ont pu être croisées avec l'aide du Professeur Xavier THIRION en utilisant Epi Info.

Les personnes rencontrées dans le cadre de l'enquête

La plupart des personnes ont été rencontrées en ville (91,1% versus 87% à l'échelle nationale). Comme dans l'ensemble des sites, les hommes sont majoritaires dans l'échantillon (72,6% versus 72%). Plus du tiers de l'échantillon (31,5%) exerce une activité rémunérée continue, 17,7% des personnes sont des « élèves ».

La minorité importante de l'échantillon au chômage est quasiment la même que celle obtenue en additionnant les statistiques des différents sites au national (14,5%), et de même proportion pour les personnes se définissant comme étudiantes (14,5%).

Le logement est stable et indépendant pour 40,7% d'entre eux, et 48% habitent chez leurs parents.

Les ressources viennent de l'emploi pour la majorité de l'échantillon (51,6%), puis d'aides de la famille, de proches ou d'un tiers pour 41,1% des personnes. Une proportion équivalente (11,3%) est bénéficiaire d'allocations Assedic ou du revenu minimum d'insertion.

98,4% bénéficient d'une couverture sociale, et la moitié est affilié à une mutuelle.

Il s'agit en majorité d'enfants d'ouvriers et/ou employés (53,2%), viennent ensuite les enfants de « technicien, instituteur ou infirmier » (20,2%), puis ceux de cadres, professeurs ou ingénieurs (16,9%), tandis que la profession exercée est « chef d'entreprise » pour les parents de 6,5% d'entre eux.

Les spécificités de l'échantillon

A la différence des pourcentages obtenus à l'échelle nationale, l'échantillon de personnes rencontrées à Marseille se situe majoritairement dans la tranche d'âge 25 ans et plus (41,1%), et non dans celle 21-24 ans (25,8% versus 41%).

Outre ce différentiel en terme d'âge, une autre différence importante est celle du niveau d'étude. Ce dernier est dans l'enquête nationale élevé (60% au bac ou plus), et est de 51,6% dans l'échantillon marseillais. Les personnes rencontrées ont à 40% un niveau inférieur au baccalauréat dans l'échantillon national ; elles sont 48,4% dans la même situation à Marseille.

En l'absence d'éléments détaillés sur la sociologie de l'échantillon au national, il n'est pas pour l'instant possible de relever les spécificités de l'échantillon marseillais à cette échelle.

Les consommations de Cannabis

L'âge moyen du début de consommation de cannabis est de 15 ans. La proportion de personnes ayant commencé l'usage de cannabis avant l'âge de 15 ans (39,5%) est élevée (36% au national).

L'âge moyen du début de consommation hebdomadaire est de 16 ans et 7 mois.

L'âge de consommation du premier joint est 15 ans pour la majorité des répondants (29,8%). Il existe un lien significatif entre le niveau d'études et l'âge à la première consommation, alors que les variables de statut et de logement ne semblent pas avoir d'impact sur cette donnée.

Approvisionnement, formes, modes de consommations au cours du mois écoulé

Les modalités d'approvisionnement sont diverses. Ils sont 80,7% à procéder à des achats auprès d'amis (78% au national), et 68,3% auprès de dealers (59% au national). Le don est la modalité d'approvisionnement la plus importante, avec 88,6% des personnes étant concernées parfois et souvent par ce mode d'approvisionnement (66% au niveau national).

L'autoculture, si elle constitue un phénomène important, est néanmoins inférieure à la moyenne nationale (21,9%, versus 24%). Les achats à l'étranger ne concernent que 5,7% des personnes rencontrées (versus 18% à l'échelle nationale), et l'achat via Internet est inexistant.

La médiane du budget mensuel alloué à l'achat de cannabis est de 60 euros (versus 80 euros à l'échelle nationale), tandis qu'ils sont 68,2% à y avoir consacré un budget inférieur ou égal à 80 euros (56% dans les résultats nationaux) et 41,8 à y avoir consacré une somme supérieure ou égale à 80 euros.

Le joint avec tabac a été utilisé souvent et toujours par 97,2% des personnes, ce qui est une caractéristique qui semble spécifique eu égard au chiffre de 85% dans l'enquête nationale. Toutefois, les autres modes de consommation sont aussi présents dans l'échantillon, avec 30,9% de personnes ayant consommé des joints sans tabac, tandis que 22,8% des personnes ont parfois utilisé une pipe, et 17,7% parfois une pipe à eau. L'ingestion sous forme d'aliment ou d'infusion concerne 21% des personnes.

Intensité, contextes, motifs et temporalité des consommations

Près de 8 personnes sur 10 (77,9%) fument du cannabis de 5 à 7 jours par semaine. 59% d'entre elles déclarent fumer tous les jours.

Lorsqu'elles consomment en semaine (lundi matin au vendredi après-midi), 58,9% des personnes fument entre 2 et 4 joints par jour. Au cours du week-end (vendredi soir au dimanche soir), 39% d'entre elles fume de 5 à 9 joints et 33,8% en fument plus de 10 (respectivement 37% et 36% dans les résultats nationaux).

La soirée, avec 95,9% des personnes déclarant fumer souvent et toujours à ce moment là de la journée, est le moment privilégié de consommation, devançant la nuit (souvent et toujours pour 67,8% d'entre elles) et l'après-midi (53,3%).

Des variations significatives sont donc déclarées à l'échelle des divers moments de la journée où les personnes enquêtées déclarent fumer. Ainsi, ils sont 33,9% à déclarer ne jamais fumer le matin (41,3% le font parfois, 14,9% fument « toujours » le matin), contre 9% à ne jamais fumer l'après-midi et 0% à ne jamais fumer en soirée.

Le nombre de joints fumés en semaine est nettement corrélé avec l'activité, car les personnes au chômage sont celles qui déclarent la consommation la plus importante. La moyenne de joints hebdomadaire connaît une corrélation significative avec le niveau d'étude des personnes enquêtées : la moyenne la plus faible concerne les personnes de niveau « au-delà de bac plus 2 ». Elle est aussi corrélée au type de logement, les personnes répondant « famille/parents/proches/provisoire » à la question « où logez-vous ? » ont ainsi la consommation hebdomadaire la plus importante, même s'il faut souligner que cela ne concerne qu'une petite partie de l'échantillon (6 personnes).

Les contextes de consommations sont eux-mêmes divers. 86,3% déclarent fumer souvent ou toujours avec des amis, et « parfois » avec des inconnus (65%), ils sont aussi plus de la moitié (53,2%) à le faire seul (45% au national).

Les lieux privilégiés de consommations sont souvent et toujours les fêtes et boîtes pour 73,2% des personnes, suivi par le domicile souvent et toujours pour 71,8% des personnes. Il est remarquable que « la rue » soit un lieu de consommation souvent et toujours pour près de la moitié de l'échantillon (44,7% ; 77,2% ont fumé parfois, souvent et toujours dans ce contexte), ce qui inscrit l'usage dans l'espace public, bien qu'il faudrait pour cela que l'item soit affiné (de même pour les contextes festifs).

En revanche les lieux de scolarité, d'étude ou de travail sont des lieux de consommation pour 13,1% d'entre eux, ce qui inscrit l'échantillon en deçà du chiffre obtenu au national (14%).

Les motifs de consommation sont eux-mêmes multiples.

Pour 87,8% des personnes c'est le partage qui est souvent et toujours le motif de consommation, suivi par la détente (80,7%) et « faire la fête » (79,6%).

Le cannabis est utilisé pour la détente souvent et toujours pour 56,1% des personnes. Pour dormir parfois pour 30,3% des personnes, souvent et toujours pour 36,8% d'entre elles ; toutefois il est remarquable que l'item « pour soigner » qui renvoie à de l'« automédication » ne corresponde « jamais » à un motif de consommation pour 69,4% des personnes, le fait d'en prendre « pour dormir » ne renvoyant donc pas forcément dans leur perception à la réponse à un « trouble du sommeil ».

Plus de la moitié, soit 58,5% de l'échantillon, déclare fumer par habitude (souvent : 44,7%, toujours pour 13,8%).

Parmi les autres raisons non proposées dans le questionnaire, la sexualité « faire l'amour », est évoquée pour 47,6% des personnes ayant ajouté un objectif ne figurant pas au préalable.

Autres consommations

Les chiffres obtenus en la matière sont à inscrire fortement dans un biais évident de l'échantillon marseillais, à savoir la surreprésentation de la classe d'âge des 25-29 ans eu égard à la surreprésentation de celle des 20-25 ans à l'échelle nationale.

Il s'agit d'un échantillon fortement expérimentateur et/ou consommateur d'autres produits psychoactifs.

Tabac

Ils sont 90,3% à avoir fumé du tabac les quatre semaines précédant l'enquête, dont 85,4% tous les jours de la semaine et 46,4% fumant entre 11 et 20 cigarettes par jours (37,5% entre 0 et 10, 20 et plus : 17,9%)

Alcool

Ils sont 83,9% à avoir bu de l'alcool les 4 semaines précédant l'enquête.

29,1% en ont bu tous les jours de la semaine (32% 1 ou 2 jours par semaine, 25,2% 3 ou 4 jours par semaine)

Quant ils boivent, 43,7% d'entre eux consomment 3 ou 4 verres en une journée.

Autres produits expérimentés au cours de la vie

La cocaïne et l'ecstasy sont les deux produits illicites dont la consommation a été expérimentée au cours de la vie pour la plus grande partie d'entre eux, atteignant des chiffres étonnants eu égard à ceux de l'enquête nationale, à savoir 61,3% pour chacun.

Viennent ensuite les benzodiazépines (45%), les champignons hallucinogènes (37,7%), l'héroïne (33,1%), les amphétamines (30,9%) et le LSD (21%). L'ensemble de ces chiffres est très clairement au-dessus des résultats obtenus dans l'ensemble des autres sites, non seulement en termes de pourcentages mais aussi en termes de types de produits expérimentés. L'enquête nationale rend en effet compte du fait que l'ecstasy est le premier produit expérimenté (45%), avant les champignons hallucinogènes (41%) et la cocaïne (40%).

Associations de produits

Les réponses à ces questions sont difficiles à analyser, dans la mesure où les personnes en interaction d'entretiens ont souvent été étonnées par la forme de la question : il n'y a pas d'intentionnalité d'associer la plupart du temps.

Le seul chiffre intéressant est néanmoins que pour 48,1% des enquêtés, le cannabis est toujours associé avec d'autres produits.

L'état de santé perçu

Les questions concernant la difficulté éventuelle à monter un escalier ou à courir une centaine de mètres ont été dans l'ensemble mal perçues par les enquêtés, qui déclarent n'avoir absolument aucun problème à ces deux échelles respectivement pour 95,2% et 87,9% d'entre eux.

Les enquêtés se trouvent dans leur écrasante majorité « bien comme ils sont », et le fait d'être « au fond bien portants » est tout à fait le cas de 62,1% d'entre eux.

Mais ils évoquent le fait que la difficulté à se concentrer, si elle n'est « pas du tout le cas » de 40,7% d'entre eux, est « à peu près le cas » de 48% d'entre eux.

L'impression d'être fatigué concerne « un peu » et « beaucoup » 70,8% d'entre eux, « un peu triste ou déprimé » concerne 43,1% d'entre eux (pas du tout 48%).

Les « effets indésirables » du type angoisse ou « bad trip » concernent de temps en temps et souvent 22,8% d'entre eux. Par ailleurs, des problèmes d'énergie sont relevés par 53,2% d'entre eux. En revanche, ils sont plus nombreux à considérer que la consommation n'a pas d'effet sur leur mémoire (39,3% répondent jamais) qu'à déclarer avoir de temps en temps et souvent des problèmes qui en relèvent (32,8%). De la même façon, quasiment les trois quarts de l'échantillon (69,4%) n'ont jamais tenté de réduire leur consommation sans y parvenir ; ils sont 30,6% à avoir tenté de le faire sans y parvenir, une ou deux fois de temps en temps et souvent.

Opinion sur les produits

Le cannabis n'est « jamais dangereux » pour 46,7% d'entre eux (et dès qu'on essaie pour 27,9% d'entre eux). Le croisement avec la variable de genre montre qu'il n'y a aucune différence concernant cette opinion entre femmes et hommes.

Aux dires des enquêteurs, le cannabis n'est pas du tout considéré par les usagers réguliers comme un produit « dangereux ».

Il est souvent mis en comparaison avec l'alcool et la cigarette, produits licites, qui leur semblent représenter un usage plus problématique. « *Le cannabis ne semble pas être une préoccupation ou une addiction. Très peu se posent la question ; ils semblent l'intégrer comme un besoin quotidien, tel que la « bouffe », ou respirer...* »

Les enquêtés rencontrés disent n'avoir aucune dépendance au produit, même s'ils se reconnaissent dépendants du tabac.

L'héroïne est le produit jugé le plus dangereux « dès qu'on l'essaie » pour 65,9% des enquêtés, suivi par les champignons hallucinogènes (48%), la cocaïne et l'ecstasy (44,4% et 33,9%).

Parmi la population étudiée, 43,5% de personnes ont eu au cours de l'année un problème avec la loi lié à leur consommation de cannabis. Ceci peut être rapproché de la fréquence des disputes et problèmes d'argent (32 6%) et de celle de la conduite sous effets (78% au cours de l'année versus 71% au national).

Les représentations associées à l'usage

Pour certaines personnes enquêtées, l'usage de cannabis est lié à une valorisation de l'ethnicité ou de la « tradition » : Le cannabis « est la drogue du sud ou du soleil ».

Les enquêtés reviennent sur les questions de légalisation et dépénalisation et soulignent l'hypocrisie des politiques répressives en la matière.

Pour l'une des enquêtées, l'usage est « *banalisé et consensuel (...), les enquêtés disent souvent « tout le monde fume ».*

On peut donc se poser la question de leur adhésion à des messages « préventifs », dès lors que des produits licites sont considérés comme plus « dangereux » sans faire l'objet de mesures répressives.

Les usagers

Élément intéressant à noter, si les gens ne déclarent pas être allés voir un soignant en raison de leur usage de cannabis, beaucoup ont néanmoins informé au cours de leur vie un soignant sur cet usage (cette question a été posée en plus du questionnaire). Un espace de discussion autour de l'usage est donc envisageable, dès lors que le soignant est bien informé sur le produit, ses effets et les risques éventuellement associés à son usage fréquent et les contextes de celui-ci. Pour autant, seulement 8,1% des personnes interrogées ont évoqué leur usage avec des amis dans le cadre d'une demande d'aide, et seulement 11,3% d'entre eux ont demandé l'aide d'un professionnel.

Autres éléments recueillis

Les autres éléments recueillis à propos du Cannabis l'ont été dans les structures d'accueil d'usagers de drogues, qu'il s'agisse de structures de réduction des risques ou de centres de soins spécialisés. Deux entretiens qualitatifs ont été menés, mais aussi des conversations informelles avec des usagers quotidiens de cannabis.

Par ailleurs, une note sur l'activité de la consultation « cannabis » de l'AMPTA Marseille a été réalisée par Mme Julie Balbuena, psychologue stagiaire à l'AMPTA.

Enfin, le thème du cannabis a été abordé dans le cadre des groupes focaux sanitaires et répressifs, tandis que la responsable d'observation en milieu festif fait également état de certains éléments.

Un constat unanime : la banalité de l'usage.

Un constat est transversal à l'ensemble des acteurs, qu'il s'agisse du champ répressif ou sanitaire s'étant exprimé sur le cannabis dans le cadre du recueil de données. Il est partagé également par les intervenants des structures de première ligne et en milieu festif. C'est celui d'une banalisation de l'usage de cannabis, de l'explosion quantitative de celui-ci dans certains contextes, et de son association croissante avec l'alcool.

Une consommation banalisée

1. Espace urbain

Un des indicateurs sans doute remarquable de cette banalité de l'usage est sans doute, au sein des résultats de l'enquête « usagers fréquents » pour le site de Marseille, la part des personnes déclarant consommer dans l'espace public, mais aussi celle qui déclarent que le cannabis « n'est jamais dangereux ».

Il a été couramment rapporté que le « *cannabis pour les usagers en situation de précarité, c'est comme la clope, c'est pas une drogue* ». Dans le cadre du groupe focal sanitaire, le médecin du Sleep In a fait mention du fait que « *98 à 99% des personnes que l'on voit sont usagères de cannabis* ».

Les données de l'extraction locale de l'enquête OPPIDUM notent une part de 39% d'usagers de cannabis parmi les sujets pris en charge dans les CSST locaux inclus dans l'enquête.

Les formes d'usages recouvertes par ce constat sont néanmoins variées. Pour certains le cannabis est considéré comme une base, un ingrédient habituel dans le cadre de poly consommations. Pour d'autres, l'usage de cannabis renvoie pour d'anciens usagers dépendants aux opiacés au statut de « *béquille pour aider à décrocher* ».

S'agissant de l'offre et du trafic les acteurs du répressif s'accordent sur le constat de la poursuite des entrées massives de cannabis, en provenance du Maroc.

2. Espace festif

Le cannabis, comme l'alcool et le tabac, est un produit que l'ensemble des personnes rencontrées dans l'espace festif techno consomme (entre 85% et 95% des personnes rencontrées).

Le cannabis fait d'ailleurs partie de l'univers social des jeunes de la région (confère l'étude ESCAPAD, extraction régionale précitée). De récentes enquêtes menées au plan local ont permis d'établir des prévalences de l'ordre de 71% de personnes ayant déjà consommé du cannabis (dont 55% d'usagers actifs au moment du questionnaire) sur un établissement scolaire.

De fait, aucun profil de consommateur ne peut être dégagé car tous les profils sont présents.

Le cannabis apparaît comme une non drogue dans l'espace festif techno. Sa consommation est si généralisée que certains usagers n'ont même pas conscience du caractère illégal de leur pratique (il a été rapporté des rumeurs au sujet de jeunes usagers qui auraient porté plainte à la police pour vol de cannabis) !

Dans l'espace festif alternatif, la représentation du cannabis banalise le produit, qui est perçu comme « la base » (qu'on utilise en dehors du contexte festif). « C'est normal de fumer des joints » « On entend souvent que « c'est meilleur pour la santé que de boire de l'alcool ou de fumer des clopes ».

Dans l'espace festif commercial, environ la moitié des personnes est concernée par l'usage de cannabis.

L'association avec l'alcool

Quelques professionnels en toxicomanie intervenant dans les « quartiers » périphériques de Marseille ayant une grande proximité avec ces usages relèvent depuis quelques années l'association de plus en plus systématique avec l'alcool, pour des usagers dont le cannabis était auparavant l'unique produit de prédilection. L'exclusion sociale et l'oisiveté lui étant consécutive sont le contexte au sein duquel ces consommations sont décrites.

Selon l'étude OPPIDUM, la prise concomitante d'alcool avec le cannabis est le fait de 33% des usagers de cannabis.

Cette association avec l'alcool a été particulièrement soulignée en milieu carcéral, au sein duquel des professionnels du sanitaire relèvent, outre l'explosion quantitative des consommations individuelles (il n'y aurait plus de moments privilégiés de consommation notamment en soirée mais une consommation tout au long de la journée) et une association quasi-systématique avec l'alcool en alternance :

« Il y a quand même des modifications de consommation concernant les jeunes. Ceux qu'on rencontre maintenant ont des consommations tout au long de la journée, au long cours, ça ne s'arrête pas, alors que chez nos anciens patients, quand on en parlait effectivement parce que c'était banalisé, minimisé, c'était plutôt la fumette du soir pour dormir. Tandis que maintenant quand les jeunes décrivent leurs pratiques c'est tout à fait autre chose, c'est au long cours et éventuellement en alternance avec de la bière, on fume on boit de la bière pour potentialiser des effets ce qui n'a plus rien à voir avec ce qui était décrit précédemment ».

La précocité des expérimentations

La précocité de l'expérimentation du cannabis a été particulièrement soulignée par les acteurs du groupe focal répressif. Il n'y aurait pas de caractéristiques socio-économiques particulières aux jeunes consommateurs en question si ce n'est leur âge.

Ainsi le cannabis serait expérimenté par des élèves de 11-12 ans, puis fumé plus périodiquement aux alentours de 13-15 ans. Des anecdotes de revente par les élèves au sein de classes sont rapportées, mais ce phénomène resterait marginal. En revanche le petit trafic assez général serait pratiqué devant les portes des établissements scolaires. A ces initiations précoces s'ajoute la pratique de la « spiromanie », par inhalation de gaz propulseurs, qui est observée par ces mêmes acteurs et qui concerne les mêmes classes d'âge (11-13 et 13-15 ans) : « certains ont la technique de mettre une chaussette ou un bout de tissu sur le déodorant pour ne pas sentir l'odeur mais respirer le gaz ». Cette observation est à rapprocher de l'étude ESCAPAD qui indique une prévalence forte de l'expérimentation des solvants dans la région (7,4% en PACA à 17 ans versus 4,9 en France).^①

^① OFDT, ESCAPAD 2002-2003, exploitation Provence-Alpes-Côte-d'Azur - Beck F, Legleye S, Spilka S, Atlas régional des usages de drogues à l'adolescence (à paraître mai 2005)

La mise en lien de ces usages avec les consommations de cannabis renvoie à un événement ayant défrayé la chronique médiatique en 2002 et dont le procès s'est déroulé en 2004 dans la région : Selon le quotidien La Provence (26 Novembre 2004) : « *Un jeune homme de 20 ans comparait devant la cour d'assise de Digne pour avoir tué son cousin âgé de 15 ans et blessé un de ses amis avec un couteau de chasse : les faits s'étaient déroulés en octobre 2002 alors que l'accusé avait fumé une dizaine de joints ainsi qu'un bang –une pipe à eau artisanale - de cannabis et après avoir inhalé des gaz de déodorant. Des experts mandatés sur l'association cannabis et des inhalations d'aérosol ...* » Cet événement a induit l'attention particulière des acteurs du répressif sur les possibles associations entre usages de cannabis et inhalations de solvants.

Cette précocité des initiations est également mise en lien, comme nous le verrons plus loin, avec un rajeunissement parallèle des personnes impliquées dans le trafic.

Les usagers

Compte tenu de la variété des profils sociodémographiques des personnes usagères de cannabis, il est éminemment difficile d'en dresser des caractéristiques stables sous forme de typologie. On s'arrêtera donc ici à mettre en exergue les descriptions d'usagers en ce qu'elles relèvent :

- de phénomènes présentés comme émergents par les acteurs du sanitaire
- de premiers bilans des « consultations cannabis » émergentes.

L'arrivée de nouveaux usagers dans les centres de soins spécialisés

Mis en lien avec la médiatisation accrue dont le cannabis fait l'objet, des acteurs du sanitaire décrivent l'arrivée de nouveaux usagers concernés par un usage problématique de cannabis dans les structures de soins.

Ainsi :

« *Sur les nouveaux profils (c'est) le cannabis des adolescents qui consomment du cannabis en très grande quantité, qui commencent très tôt et qui ne sont pas marginalisés - pas pour l'instant- des gens qui sont d'un niveau social un peu élevé.(...) C'est des gens qu'on ne voyait pas avant* ».

Cette nouvelle population est distinguée de la seule qui était repérée auparavant et arrivait aux services d'urgence des hôpitaux pour des problèmes en lien avec l'usage de cannabis. Cette distinction se fonde non seulement sur les caractéristiques socio-économiques de ces jeunes « bien insérés socialement », mais aussi sur les formes prises par le recours à l'institution de soins :

« *Nous on a l'impression, on voit de plus en plus d'adolescents qui viennent consulter dans le service on essaie de voir les parents aussi. Généralement c'est les parents qui prennent un RV parce qu'ils sont inquiets de la consommation de leur fils, et le fils aussi a RV avec un des médecins du service.(...) Je dis « le fils », parce que ce sont essentiellement des garçons, et c'est vrai que c'est des gens qui vont à l'école, souvent il y a une rupture, des difficultés scolaires. Ils sont d'un niveau socio-économique assez élevé* ».

Par exemple, les constats effectués à l'accueil « Cannabis » de l'AMPTA en 2004 montrent que sur une file active de 43 jeunes en 2004 (sur quatre mois d'une activité naissante), 31 sont des hommes et 12 des femmes. L'âge moyen des usagers reçus est de 24,5 ans (âge compris entre 15 ans et 42 ans). 12 ont moins de 18 ans, 21 de 18 à 29 ans et 10 ont plus de 30 ans.

Ces usagers sont plutôt insérés socialement et sont en lien avec une structure familiale ou pris en charge par une institution. Ils sont dans la plupart des cas scolarisés ou ont une activité professionnelle (bien qu'instable dans certains cas) certains sont en difficultés dans ces sphères sociales suite à la découverte de leur consommation.

La plupart des usagers qui se présentent à l'" accueil cannabis " sont dans des usages problématiques ou évoquent leur dépendance, déjà installée dans la durée. Ayant débuté par un usage festif à l'adolescence, ils arrivent avec une consommation quotidienne importante allant jusqu'à plus d'une dizaine de joints par jour.

Les usagers rencontrés dans l'espace festif

Dans l'espace festif commercial, environ la moitié des personnes est concernée par l'usage de cannabis.

Il s'agit d'étudiants, de jeunes actifs qui travaillent de temps en temps, ont un travail régulier, de personnes insérées professionnellement dans un emploi stable, et parfois d'inactifs (chômeurs, RMIstes,...).

On peut vraisemblablement subdiviser la population des « teufeurs » vis-à-vis de leur usage de cannabis en quatre catégories :

- ceux qui ne fument qu'en fête, qui sont une minorité
- ceux qui ne fument pas tous les jours
- ceux qui fument quotidiennement
- ceux qui fument des « douilles » quotidiennement, qui sont une minorité mais en voie d'expansion.

Les effets indésirables

La description de symptômes de sevrage et des effets sur la santé

Plusieurs constats de troubles attribués au sevrage cannabique ont été mentionnés dans le cadre du groupe focal sanitaire.

Certains ont été observés en milieu hospitalier où :

« Des patients sont vus aux urgences, qui arrivent en sevrage pour x raisons et qui développent des états hallucinatoires pas vraiment francs, des troubles de la personnalité, ils ont un discours pas très clair qui souvent succède à un sevrage cannabique effectué ».

L'autre lieu où des manifestations attribuées au sevrage cannabique ont été observées est la prison :

« Même si je disais tout à l'heure que le cannabis circule en détention relativement facilement, par rapport à cette explosion par individu des quantités consommées, ce qu'on constate c'est l'apparition de troubles psychiatriques liés au sevrage. Plus la consommation est forte préalablement, plus les problèmes apparaissent au bout de quelques semaines(...) : il s'agit de bouffées délirantes, d'états limites, de rires. Par ailleurs, comme ils sont jeunes on n'a pas de recul sur plusieurs mois donc on ne peut pas savoir si ces manifestations peuvent déboucher sur une crise schizophrénique ou non. Il n'y a souvent pas de recul suffisant en termes de prises en charge (...). Ces manifestations peuvent apparaître à la suite d'un sevrage forcé ; certains arrivants qui ne connaissent pas le réseau interne pour pouvoir s'approvisionner et qui attendent des mandats pour pouvoir en acheter, ceci pendant plusieurs semaines, font partie de ceux qui présentent ces troubles ». Mais fut-il pour autant attribuer l'ensemble de ces difficultés au cannabis, s'agissant des problèmes psychiques émergeant en milieu carcéral...

D'ailleurs, il va sans dire que les conditions concrètes d'existence au sein de l'univers carcéral ne permettent sans doute pas une parole libre sur la réalité des consommations et qu'il est de sorte difficile d'interpréter le type de troubles évoqué.

D'autres troubles sont décrits par les personnes accueillies dans le cadre de la consultation « cannabis » de l'AMPTA. Des usagers interviewés « décrivent à leur venue une impossibilité de ne pas consommer avec un besoin physique ressenti comme « un appel des poumons », un besoin qui va jusqu'à l'insoutenable dans l'impossibilité de ne pas consommer, des insomnies et une grande nervosité. »

Les produits

Dans l'espace urbain marseillais : une baisse globale de la qualité du cannabis en circulation

De l'avis général, la qualité du cannabis marseillais en 2004 est « mauvaise », « c'est pas du top ». Ce constat donne lieu à des interprétations historiques et géopolitiques de nature diverse de la part d'amateurs éclairés. A titre d'exemple : *« Le cannabis en 20 ans c'est devenu dramatique, moi je dirais que c'est depuis la fin de la guerre du Liban, parce qu'on l'a tous financé en fumant des joints, le libanais il était bon, pas cher. Il y a toujours eu du marocain à Marseille mais il a toujours été plus ou moins bon ».* La « mondialisation » et le « business » sont parfois tenus pour responsables de la baisse de la variété et de la qualité du cannabis en circulation. Le commerce actuel aurait remplacé de façon massive des circuits plus informels et d'échanges entre consommateurs « avertis et amateurs ». Par voie de conséquence : *« Tout le monde voulait de la beu comme le shit était mauvais »*

L'augmentation de l'herbe en circulation est également notée, du fait du développement de l'auto-culture.

La presse locale rend aussi compte de ce phénomène : *La Provence* 8/12/04 : *Ces jardins secrets qui fleurissent en ville*

« Par souci de discrétion ou par plaisir, de nombreux consommateurs de cannabis se lancent dans la culture à domicile ».

Cette situation serait assez spécifique à la ville. En effet, les notes d'observation réalisées en milieu festif dans la région PACA soulignent que *« la consommation d'herbe est répandue dans toute la région, mais il semblerait que son usage soit encore plus important dans les Bouches du Rhône que dans les Alpes Maritimes ou le Var car le haschich qui a une bonne réputation (Pollen et Aya) se trouve plus facilement dans les Alpes Maritimes et le Var alors que le " marocain " considéré comme de moins bonne qualité serait encore régulièrement proposé dans les Bouches du Rhône ».*

Le « centre-ville » et les « quartiers »

Malgré ce constat transversal, des variations de qualité sont évoquées et mises en lien avec l'espace social au sein duquel le cannabis est acheté. Dans les « quartiers », le cannabis serait moins cher et de meilleure qualité, plus cher en ville parce que revendu.

« Si tu veux du bon produit il faut aller dans les quartiers, mais il faut connaître. Dans le centre ville le produit est cher, la barrette à 20 euros, et dans les quartiers tu la touches à 5 euros ».

Différentes variétés et appellations

Espace urbain

La distinction la plus fréquemment évoquée est entre deux « variétés » : le « pollen » et le « noir ». De l'afghan aurait circulé à la fin de l'année 2004.

L'aya

Dans le cadre de l'enquête quantitative cannabis, très peu d'utilisateurs fréquents ont cité l'aya. Une personne explique ainsi explicitement :

« Ca fait 20 ans que je fume, je connais le noir, le noir et le pollen, l'aya j'en ai jamais entendu parler ».

Dans le cadre des autres entretiens réalisés, l'aya revêt plusieurs définitions :

- Pour certaines personnes : « le pollen et l'aya », c'est pareil, ou alors « l'aya : c'est le nouveau nom du pollen

- Pour d'autres, l'aya serait une forme de pollen, mais avec un taux plus important de THC

- Pour d'autres encore : c'est un haschich de première qualité, c'est « de la crème ». En Inde ils l'appellent le « Charras ».

Enfin, l'aya serait un produit « du nord », « de la banlieue » ou « des parisiens », comme le dit une personne interviewée : *« à mon avis c'est plutôt un délire marketing parisien : c'est les gens de Paris qui amènent ça ».*

C'est ainsi que le produit a d'ailleurs été présenté dans la presse locale :

Var matin, Nice matin : 7 décembre 2004

« Le cannabis de luxe venait de la capitale »... « Il a de nouveau mis en cause une relation de Levallois Perret, qui le fournissait en « aya » sorte de résine de qualité luxe, donc un peu plus chère ».

Les produits de coupe

Divers propos, rapportés par des intervenants de rue, ont concerné le fait que la résine de cannabis serait parfois coupée avec des benzodiazépines, voir même du Subutex® :

« Les benzos c'est sûr, et le Subutex je pense aussi, parce que quand le shit est bon tu ne devrais pas être fatigué, et là c'est du shit qui t'assomme ».

Par contre, les analyses opérées sur des échantillons de cannabis collectés en 2004 sur quatre sites en France ne présentaient aucun produit psychoactif en coupage. Cette opinion sur la présence de diverses substances reste en l'état à vérifier, dans la poursuite des analyses effectuées par SINTES.

Dans le cadre d'un entretien qualitatif avec une usagère de cannabis qui consomme depuis plus de 20 ans sur Marseille, celle-ci explique ses techniques de repérage des produits de coupe :

« Quand ils coupent c'est avec de la paraffine, ou du henné ça dépend. Mais de suite moi je crame le bout devant le mec pour voir, tu me connais je te connais mais bon... Quand c'est mélangé avec la

paraffine tu brûles ton bout tu as la flamme qui continue après tu l'éteins tu as la fumée bleue, et quand c'est le henné il crame pas direct il te fait de la fumée, quand le shit il s'effrite trop, ça veut dire qu'il y a du henné, quand il s'effrite pas qu'il reste en boule c'est mélangé avec la paraffine, il faut que ça devienne cotonneux, quand tu le brûles il gonfle bien, c'est du bon shit, du bon noir ou du bon pollen »

La concentration

Dans le cadre du groupe focal répressif, les données rapportées concernant la concentration en THC des échantillons analysés montrent que « en 2004 on revient à des valeurs moyennes (5 à 9 %) alors qu'en 2003 il y avait plus de dispersion. Les boutons floraux vont jusqu'à 15 % ».

Espace festif

Les produits qui sont disponibles sur le marché sont l'AYA et le POLLEN. Très rarement, on peut fumer de l'AFGHAN, du LIBANAIS, etc, mais ce sont des cannabis de luxe, pour le goût, " pour les gourmets ".

On ne trouve plus de MAROCAIN dans les Alpes Maritimes et le Var, " ce n'est pas grave, car il est toujours de mauvaise qualité, c'est le moins cher et le moins bon ".

Prix et modalités d'approvisionnement

Les prix semblent être restés stables malgré l'augmentation continue de l'offre « Ce que tu touchais à 100 francs maintenant c'est 20 euros mais tu en as plus, c'est réglo surtout quand tu compares avec le centre ville, mais c'est parce qu'il y en a moins ».

Ils sont situés aux alentours de Trois quatre € le gramme (acheté en ville)

Le prix le plus bas pour une barrette est de 10 euros.

L'herbe demeure plus chère.

« Je l'ai eu pour 30 euros le sachet de très bonne beu bien servie. La beu ça reste cher : de 50 à 30, c'est 7,5 euros le gramme quand tu l'achètes pour 30 euros, 50 euros ».

S'agissant de la structuration du trafic, l'élément noté par de nombreux observateurs est la multiplication des revendeurs, et leur âge qui tend à baisser. Les dommages sociaux de cet état de fait sont parfois évoqués, faisant référence à des mineurs déscolarisés du fait de leur implication dans le trafic.

Des distinctions sont établies entre «petits dealers » qui profiteraient du différentiel de prix entre centre-ville et quartiers pour financer leur consommation personnelle, et « dealers » qui seraient uniquement dans une logique commerciale, vendant éventuellement d'autres produits.

« C'est pas le même chose, parce que c'est les dealers qui y vont. Par exemple moi je vais prendre 40 euros, je garde 20 euros pour ma consommation, je revend 20 ça me fait 40, 50 euros ça dépend, je rentre dans mes sous, j'ai ma fumette et en plus j'ai un peu d'argent, c'est pas des gros deals ça c'est des touts petits deals hein, parce que tu va toucher par exemple au centre ville, c'est pas de la bonne qualité et c'est pas bien servi du tout, parce que regarde ils font les quartiers nord, le centre ville mais ils vont pas dans les quartiers sud, les petits dealers, c'est des petits petits dealers, juste pour avoir sa consommation gratuite et un peu de sous ».

Espace festif

Dans l'espace festif alternatif, le cannabis est consommé " par tout le monde ", mais sa disponibilité à l'achat est faible. « On vient en teuf avec son shit acheté en ville ».

On peut assister à des scènes de troc où on offre de l'ecstasy pour pouvoir récupérer du cannabis.

Le cannabis et l'herbe sont vendus en rave party, par contre il n'y a pas d'observation de vente de cannabis dans les établissements festifs

Des échanges et dons en teuf peuvent être observés, et la production en auto-culture de l'herbe est attestée et serait plus fréquente « au moins, on sait ce qu'on fume ».

Les modes d'administrations

Très peu d'éléments ont été recueillis dans l'espace urbain sur les modalités d'administration du cannabis, en dehors de l'hégémonie de l'inhalation. Cependant, des pratiques d'utilisation de bang en soirées privées, et singulièrement dans les squats ont été rapportées sans qu'une description fine en soit faite. Les matériaux présentés sont donc issus des observations menées en milieu festif.

- Joint,
- Bang, douilles (pipes à eau à large foyer et large embouchure),
- Petites pipes.

La résine de cannabis est généralement mélangée à du tabac pour être fumée, que ce soit en joints ou en douilles. L'herbe peut être mélangée au tabac, mais peut être facilement consommée pure. La consommation d'herbe pure au détriment du mélange résine de cannabis et tabac est en expansion.

Surtout dans les soirées privées ou les manifestations festives d'une durée de plusieurs jours, le cannabis peut être consommé en « space cake » [mangée en gâteau]. Il faut faire revenir la résine de cannabis dans du beurre avant de l'ajouter à la pâte à gâteau.

On entend de plus en plus souvent de rumeurs au sujet de personnes qui souhaiteraient arrêter l'usage du tabac et continuer l'usage du cannabis, et voudraient pour cela se procurer des 'inhalateurs à froid' (sans combustion du produit), qui seraient vendus aux Pays Bas. Cependant, aucun usage réel avec un inhalateur à froid n'a été observé (l'appareil est " cher "). On entend de plus en plus souvent de gens qui racontent ou prétendent arrêter de fumer du tabac et ne fumer que des " sticks d'herbe pure "

Le recours aux pipes et autres bang est plus marginal (visibilité importante des pratiques). La résine ou l'herbe (cela ne concerne pas l'huile), est alors placée soit seule, soit avec du tabac, dans le foyer de la pipe. Le tout est soumis à une forte source de chaleur (briquet, allumettes) pendant que l'utilisateur aspire par l'embout de la pipe. La consommation du cannabis en " space cake " [mangée en gâteau] est souvent recensée dans les soirées privées.

Le Bang

Il y a une augmentation significative de l'usage du cannabis en " douilles " (bang). C'est une consommation plus personnelle (pas de partage de joint), dont les effets sont " violents " (comparativement à l'effet d'un joint) et qui produit chez ceux qui en consomment quotidiennement des comportements de manque quand ils n'ont pas de produit.

Dans l'espace festif alternatif, pendant les soirées festives, les gens consomment plus souvent le cannabis en douilles (bang) qu'en joints. Les joints sont plutôt réservés à l'usage hors de teuf, qui est souvent hebdomadaire ou quotidien. Fumer des douilles de cannabis est aussi particulièrement apprécié en fin de soirée, pour assurer la descente d'autres produits.

« En teuf, il y a plus de fumeurs de douilles que de rouleurs de joints ».

Certains jeunes justifient leur usage du cannabis en douilles par leur manque d'argent (la même dose que dans un joint ferait un effet plus violent, ce serait donc plus " rentable"), mais " c'est un mauvais argument " parce que " très rapidement, ils mettent l'équivalent de trois pétards dans une douille ". Cet argument fait penser aux premiers injecteurs d'héroïne qui pensaient faire des économies en changeant de voie d'administration.

Des personnes qui fument des joints durant la semaine ne fument des douilles qu'en teuf parce que " c'est plus vite fait, pour retourner dans le son ".

En douilles ou en joints, il est aussi apprécié pour les " descentes " de produits hallucinogènes ou stimulants (fin de soirée, lendemain).

On entend parfois ceux qui ne fument pas de douilles dire de ceux qui en fument qu'ils se comportent *« comme avec une drogue dure ».*

Associations, régulations

Dans l'espace urbain

L'étude OPPIDUM indique que 33% des consommateurs de cannabis consomment de l'alcool et cette association, à laquelle s'ajoute le tabac, est fréquemment rapportée

Dans l'espace festif

Les produits utilisés en association lors des manifestations festives sont au minimum le tabac et l'alcool. Le plus souvent, il est aussi associé avec de l'ecstasy, ou du LSD.

Le cannabis est un produit de base qui se consomme avec, avant, pendant et après presque toutes les substances psychoactives, soit pour potentialiser les effets psychodysléptiques d'autres hallucinogènes majeurs (LSD, champignons hallucinogènes), soit pour diminuer les effets secondaires indésirables des psychostimulants (cocaïne, ecstasy, amphétamine).

Les effets indésirables

Espace urbain

Les effets indésirables évoqués par les usagers fréquents sont recensés dans la première partie de cette note. Les effets parfois évoqués par les intervenants en toxicomanie sont la démotivation, la baisse d'énergie, la paranoïa et les problèmes de mémoire.

Les autres éléments évoqués par les acteurs sanitaires sont, à travers l'exemple d'un profil émergent d'usagers, les risques de déscolarisation, d'échec scolaire et les problèmes familiaux.

Espace festif

Pas de discours sur les risques liés au cannabis, c'est le " produit de base ". Les éventuels usages à problèmes ne sont pas discutés.

Les problèmes de santé liés à la consommation de cannabis sont essentiellement d'ordre psychologique et uniquement relevés chez des personnes présentant au préalable des structurations psychologiques vulnérables (anxiété, crise de panique, dépression).

- Les gens qui fument des douilles même hors des teufs sont réputés pour être " accros ", mais à part dans leur cas, « c'est normal de fumer des joints »
- " On entend souvent que c'est « meilleur pour la santé que de boire de l'alcool ou de fumer des clopes ».
- Dans l'espace festif commercial, les représentations du cannabis sont identiques chez la majeure partie de la population, mais est perçu par une minorité comme un produit anxiogène, sûrement du fait de ses capacités hallucinogènes. Les autres effets nocifs évoqués : la démotivation et la paranoïa.

Les conséquences du traitement social de l'usage

Enfin, un ensemble d'éléments ont émergé à propos du cannabis qui rendent compte des conséquences du traitement social et politique de l'usage comme étant un obstacle pour les personnes consommant du cannabis.

Ainsi :

« Il y a des gens qui aggravent leurs difficultés sociales à cause du cannabis. Ils sont souvent en précarité sociale et se font mettre à la porte de l'institution parce qu'ils fument le joint dans leur chambre... c'est un problème du point de vue social ». Il est clair que les impératifs légaux, le respect des règles sociales et des libertés publiques, la protection de la santé individuelle ne sont pas aisés à concilier pour nombre d'institutions...

Outre les structures d'hébergement d'urgence ou de prise en charge sociale, voir les hôtels meublés où ce type de difficultés est recensé, elles peuvent aussi être le fait de structures d'offres de soins

« Même à l'hôpital il arrive que des patients hospitalisés pour un sevrage d'alcool et qui fument du cannabis se voient exclus de la structure ».

On atteint même l'absurde quand est mentionné le fait que : *« La majorité des lieux de cures pour alcooliques ne prennent pas les gens qui ont du cannabis dans les urines, ce qui n'est pas simple... ».*

Note Thématique

EVOLUTION DES CONSOMMATIONS DE COCAÏNE

1.Introduction

1.1.Evolution de la consommation de cocaïne et de la free base/Crack sur le site

Les derniers résultats de l'étude ESCAPAD^① mettent en évidence que le taux d'expérimentation de la cocaïne dans la région PACA est le plus élevé du territoire national (4,2% de garçons expérimentateurs à 17 ans versus 2,3 en moyenne nationale). Dans la mesure où PACA se situe dans la moyenne des autres sites pour l'expérimentation des autres produits (à l'exception du cannabis et du LSD), on pouvait dès lors considérer ce taux comme indicateur d'une disponibilité importante de la cocaïne.

L'échantillon spécifique interviewé dans le cadre de l'enquête usagers fréquents de Cannabis déclare un taux de 61,3% de la cocaïne au cours de la vie, ce qui la place à « égalité » avec l'ecstasy.

Ces deux indicateurs tendent à montrer un taux important d'expérimentation de la cocaïne dans la tranche d'âge des 15-29 ans.

A l'échelle de l'extraction locale du dispositif OPPIDUM, la cocaïne est le premier produit ayant rendu dépendant pour 4% des sujets, et pour 2% d'entre eux le premier produit consommé lors de la première expérimentation. La consommation de cocaïne concerne 9% des sujets inclus dans l'enquête.

En 2003 le rapport de site soulignait déjà le hiatus entre la perception de la diffusion « massive » de cocaïne chez les acteurs de champ répressif et les informateurs de terrain, et la modération de ce constat chez ceux du champ sanitaire même si le développement de l'injection de cocaïne était noté.

En dehors de ces quelques éléments, le dispositif TREND observe à Marseille depuis son émergence une augmentation continue et régulière des usages de cocaïne, tant à l'échelle de l'offre qu'à celle des usagers. Car l'augmentation continue de la disponibilité et de l'accessibilité de la cocaïne, du fait notamment de la baisse de son prix, entraîne d'une part une « démocratisation de la consommation » (TREND 2002, 2003) avec diversification des profils sociodémographiques des consommateurs et, d'autre part une hausse de son utilisation par voie injectable chez les usagers en contact avec les structures de première ligne.

Ainsi « *En 2003 quasiment toutes les données convergent : la cocaïne n'est plus une consommation émergente mais est devenue un produit de prédilection dans tous les milieux, qu'il soient urbains ou festifs...* ».

C'est encore le cas en 2004. En milieu urbain, les acteurs du champ répressif font ainsi état du maintien d'une hausse continue des saisies de cocaïne « *on bat constamment des saisies record* », et persistent dans le constat de la présence de réseaux de trafic très structurés où les vendeurs sont « multicartes ». Il ne semble pas pour autant qu'il y ait une arrivée « massive » de personnes dans les structures d'offres de prise en charge pour des problèmes en lien avec la consommation de cocaïne

Alors que dans le Nord, pour la première fois en 2003, on rencontre en structures de bas seuil et d'hébergement d'urgence plus de cocaïnomanes que d'héroïnomanes et le premier produit injecté est la cocaïne, à Marseille le premier produit injecté reste le Subutex® dans ce type d'espaces.

En milieu festif, l'augmentation de l'usage de cocaïne est également notée en 2004. Si la cocaïne consommée l'est très majoritairement en sniff, des consommations sous forme de free base sont, comme nous le verrons, également observées.

^① OFDT, ESCAPAD 2002-2003, exploitation Provence-Alpes-Côte-d'Azur - Beck F, Legleye S, Spilka S, Atlas régional des usages de drogues à l'adolescence (à paraître mai 2005)

2. Situation actuelle de la consommation de cocaïne et free base/Crack sur le site

2.1. Caractéristiques démographiques et sociales des consommateurs

Espace urbain

La démocratisation de l'usage et, par voie de conséquence la grande diversité des profils d'usagers concernés par cette consommation ne permet pas de faire état d'une « typologie » incluant des caractéristiques démographiques et sociales d'usagers.

Il est toutefois souvent souligné que de plus en plus de « jeunes » (18-25 ans) expérimentent ou consomment de la cocaïne car « *le joint s'est tellement banalisé que la transgression se fait avec des produits comme la coke* ». La tranche d'âge 25-35 an, socialement insérée aurait, du fait de son pouvoir d'achat une consommation occasionnelle plus fréquente de la cocaïne.

L'extraction locale de l'enquête OPPIDUM rend néanmoins compte de deux données signant d'une part l'âge plus jeune des consommateurs de cocaïne, mais aussi le pourcentage plus important de cette consommation pour les femmes. Ainsi, les consommations ayant débuté depuis quelques mois ou de 1 à 5 ans concernent très majoritairement la cocaïne ; les sujets déclarant consommer de la cocaïne sont des femmes pour 11% et des hommes pour 9%, tandis qu'en ce qui concerne les autres produits illicites, la majorité des consommateurs sont des hommes.

Certains éléments sociodémographiques sont relevés s'agissant des usagers en contact avec les structures de première ligne consommant la cocaïne par voie injectable.

Parmi les injecteurs de cocaïne on retrouve tout d'abord les anciens injecteurs d'héroïne. En ce qui concerne, la hausse de la consommation de cocaïne par voie injectable est directement attribuée aux reconfigurations de consommations liées au développement massif du recours à la substitution. Dans ce contexte, l'injection de cocaïne permet de renouer avec la dimension du plaisir. Par ailleurs, le fait que la substitution aux opiacés soit réalisée par le Subutex® et/ou la méthadone qui sont des produits « ne coûtant rien » aux usagers et palliant le manque favorise le développement d'une consommation qui se présente sous la forme de l' « extra » du fait de « l'excédent » de revenu induit par l'arrêt de l'achat d'héroïne.

L'appétence pour la consommation de cocaïne en « extra » par les usagers inclus dans un protocole de substitution est rapportée pour les usagers de Subutex® comme pour ceux de méthadone.

On peut aussi noter l'observation de AIDES PACA intervenant dans l'espace festif pour qui la distribution de seringues dans cet espace, si elle est peu importante, concernerait l'injection de cocaïne. A contrario un autre intervenant de prévention rapporte qu'à l'issue d'un technival 2003, 300 kits d'injection furent distribués par Médecins du Monde ; ces kits auraient été utilisés pour l'injection d'héroïne afin d'amortir les effets de la descente.

Espace festif

Comme dans l'espace urbain, les observations de l'espace festif donnent à voir de manière dominante la diffusion importante de consommation de cocaïne ce qui rend bien évidemment difficile les tentatives de typologisation.

Néanmoins, la responsable d'observation dans l'espace festif décrit : la population observée comme étant : « *âgée de 18 à 30 ans. Il s'agit d'étudiants, de jeunes actifs qui travaillent de temps en temps ou ont un travail régulier, de personnes insérées professionnellement, et parfois d'inactifs (chômeurs, RMIstes). Elles sont plus âgées et ont plus de ressources que les autres participants des manifestations festives techno, ou font du business pour assurer leur consommation de cocaïne.* »

Au sein du questionnaire qualitatif « milieu festif » est précisé : « *c'est une population qui est socialement insérée. La ventilation par sexe est la plus équilibrée avec néanmoins une légère surreprésentation des hommes par rapport aux femmes (55% vs 45%). Les plus jeunes (moins de 18 ans) ont moins accès au produit par rapport à d'autres substances (LSD, ecstasy) du fait de son prix encore relativement élevé. La consommation de la cocaïne est par contre, dans la tranche d'âge définie, observée chez une grande partie des personnes rencontrées dans l'espace festif techno (entre 60% et 75% des usagers). Un phénomène de démocratisation et d'élargissement de la consommation est d'ailleurs observable en PACA depuis 1995/1996 tant dans l'espace festif que dans l'espace urbain.* »

Il nous est donc difficile d'établir un profil type de l'utilisateur. Ce constat se renforce par le fait qu'il ne semble pas y avoir de mono consommateur de cette substance ni de consommateur chronique dans cet espace de consommation. La cocaïne apparaît donc comme un produit complémentaire, à usage ponctuel, la fréquence de recours s'établissant en fonction des disponibilités financières des usagers.

2.2. Les effets recherchés et ressentis de la cocaïne et de la free base/Crack

En ce qui concerne la cocaïne, les effets recherchés sont, dans l'espace urbain comme dans l'espace festif : la stimulation, le speed, l'euphorie et l'énergie, le sentiment de toute-puissance et d'invincibilité. La prise de cocaïne est également recherchée pour ses vertus en termes de performances et de sensations en matière de sexualité.

Dans l'espace festif : « la cocaïne est consommée en sniff pour se stimuler (" une trace et on retourne dans le son ") ».

Les effets ressentis sont dans la plupart des cas ceux recherchés par les usagers.

Les observations sur la prise minoritaire de freebase crack en milieu festif rendent compte d'effets recherchés singulièrement différents puisqu'il s'agit en l'espèce de « *chercher la claque* », les usagers restant statiques.

2.3. Les dommages sanitaires, sociaux et économiques pouvant être en lien avec la consommation de la cocaïne et de la free base/Crack

Dans l'espace urbain, les dommages rapportés à la consommation de cocaïne par les structures de première ligne et les acteurs du champ sanitaire concernent le domaine somatique (exposition à l'infection au VIH et VHC) mais aussi la santé psychique (trouble du comportement, agressivité, états dépressifs).

S'agissant des usagers de cocaïne par voie injectable, la consommation de cocaïne serait directement liée à l'augmentation des prises de risque en matière notamment d'exposition à l'infection au VHC.

L'effet de l'injection durant moins longtemps que celui de la prise en sniff, des épisodes d'injection « compulsives » sont rapportés. Ceci implique, outre la détérioration de l'état veineux une fréquence d'injection et des modalités de consommation qui viennent majorer les prises de risque. Ainsi :

« Comme la fréquence d'injection est augmentée, dans le speed on fait moins attention. Et c'est rare que la prise de coke soit personnelle: il y a la peur de l'OD, la peur d'être seul, l'envie de parler, c'est rare de voir une personne toucher de la coke seule, ils sont au moins 2/3/4. Donc il y a beaucoup de réutilisation du matériel, réutilisation fréquente des cotons, des filtres. La coke c'est pas un produit qui est capitalisé, quand on en a on l'utilise jusqu'à ce qu'il y en ait plus. Certains très précaires ne vont dans les lieux de shoot que pour récupérer les cotons ».

L'exposition au risque est ainsi loin d'être liée à une méconnaissance des conditions de celle-ci mais bien du contexte d'usage, comme l'illustrent ces propos tenus dans le cadre du groupe focal sanitaire :

« il y a même des gens qui peuvent dire quand ils se sont contaminés, bien des fois certains viennent qui disent " j'ai fait une connerie " et en général c'est avec la cocaïne parce qu'ils partagent le produit à plusieurs. Comme ils l'injectent au début ils ont bien leurs seringues chacun et puis au bout d'un moment il y a un chassé croisé de seringues parce que c'est assez compulsif, ils le font très souvent plusieurs dizaines de fois dans la nuit ou dans la journée et « je me suis rendu compte que j'avais pris la seringue de l'autre ». On s'est demandé s'il ne faudrait pas avoir des kits de seringues différentes, que chacun prenne sa couleur ».

La détérioration de l'état veineux et la majoration des risques est quelquefois attribuée à la pratique fréquente de la « tirette » réputée « faire monter la coke ».

L'autre impact somatique souvent souligné par les intervenants est la rapidité de l'amaigrissement et la fatigue.

A l'échelle de la santé psychique, les dommages attribués aux consommations de cocaïne par les professionnels du champ sanitaire relèvent de troubles du comportement présentés sous l'angle du « sentiment de persécution » ou d' « agressivité ».

Les intervenants en toxicomanies rapportent quant à eux que les consommations de cocaïne sont source de « *trip paranos* » et d'agressivité.

A signaler, l'apparition d'une forme de « substitution » de la cocaïne- vraisemblablement par une amphétamine - déclarée par un groupe d'usagers, qui reste à conforter lors d'observations ultérieures.

En Juin 2004 le responsable d'observation en milieu urbain a fait état de l'existence d'un produit utilisé dans un petit réseau d'usagers dénommé le « boblum ». Le premier usager à lui avoir fait état de l'existence de ce produit lui précisa qu'il permettait « de remplacer 10 ou 15 trous ».
« Tout en discutant, celui qui est debout sort un comprimé plus gros qu'un Efferalgan® : « C'est pour maigrir (l'usage initial). J'en fais un " coupe coke " ».

3.Modalités de consommation

3.1.Les contextes possibles de consommation

Espace urbain

Lors de soirées, la cocaïne se consomme en général avec de l'alcool et crée ainsi des effets conjugués d'augmentation de la lucidité et une meilleure convivialité. La cocaïne permet alors de mieux tolérer les effets secondaires de l'alcool, on tient mieux et on est plus lucide.

Espace festif

L'inhalation de cocaïne se fait souvent à " l'arrache ". L'usager dépose la substance sur une surface relativement plane (tous les types de support peuvent être usités), la rassemble sous forme de " rail ", " ligne " ou " trait " avec l'aide d'une lame de rasoir (rare) ou d'une carte bancaire (plus fréquent). Si la cocaïne se présente sous forme de caillou, les usagers l'écrasent au préalable pour la rendre plus fine, puis avec l'aide d'une paille ou d'un billet de banque roulé sur lui-même, inhale la cocaïne. Certains usagers limitent la préparation par une simple inhalation avec paille ou billet de banque à même le sachet renfermant le produit sans aucune préparation préalable.
L'injection de cocaïne reste très marginale.

3.2.Les motivations dans le choix de consommer de la cocaïne et de la free base/Crack

Chez les usagers visibles par les structures de première ligne dans l'espace urbain, la cocaïne est consommée comme un « extra », un luxe que l'on peut rarement s'accorder dans la perspective de rechercher un effet de « défonce » et de « stimulation ».
Dans l'espace festif, il est fréquemment évoqué la pratique de « se faire une trace avant de retourner dans le son ».

3.3.Quantités consommées et fréquence de consommation

3.4.Modalités de préparation et consommation et matériel utilisé de la free base/crack

Modalités d'administration de la cocaïne dans l'espace urbain

Les données de l'enquête OPPIDUM montrent que, chez les sujets consommateurs de cocaïne pris en charge dans les structures de soins ayant participé à l'enquête, la cocaïne est inhalée (fumée) par 16% d'entre eux, elle est sniffée par 58% d'entre eux et injectée par 39% d'entre eux.
Lorsqu'elle est injectée, la cocaïne est au préalable diluée dans de l'eau.

Espace festif

La cocaïne par voie nasale peut être consommée tout au long de la soirée (surtout dans l'espace festif commercial) mais dans l'espace festif alternatif, les consommations de cocaïne par voie nasale s'effectuent le plus souvent en début de soirée, et en fin de soirée. Lorsqu'elle est consommée en début de soirée, elle est souvent suivie de la prise d'un trip, ou sinon d'ecstasy. En 2004, ce serait le LSD principalement mais aussi d'autres hallucinogènes majeurs qui seraient plus souvent associés à la cocaïne " quand on a le choix, sinon on prend de l'ecstasy ". Mais le LSD est de plus en plus disponible cette année. En fin de soirée, la cocaïne peut notamment être utilisée pour pouvoir conduire sur le chemin du retour.

3.5. Les effets indésirables et leur mode de gestion

Chez les consommateurs occasionnels, les effets indésirables souvent rapportés sont les troubles du sommeil (difficultés à s'endormir) dans la suite de la soirée où la cocaïne a été consommée, mais aussi les états « dépressifs » dans lesquels peut plonger la « descente ». Les modes de gestion de ces effets peuvent être la consommation de cannabis ou d'anxiolytiques au moment de la descente (Xanax®, Tranxène®, Lexomil®).

Les consommateurs rencontrés par les structures de première ligne ou par le responsable d'observation en milieu urbain rendent compte de prise de Subutex® pour assurer la descente de cocaïne, et la consommation de méthadone pour la descente par des personnes dont c'est le produit de substitution est aussi rapportée.

Certains « ont arrêté à cause d'un mauvais trip, parano ou flip »

Plus globalement, sont rapportées des conduites cycliques d'arrêt puis de reprises des consommations de cocaïne, une fois que l'utilisateur s'est « refait une santé ».

3.6. Les produits utilisés en association

Les produits utilisés en association avec la cocaïne dans l'espace urbain sont le cannabis et l'alcool. Les anxiolytiques et les substituts aux opiacés sont utilisés pour la descente.

Le cannabis et l'alcool décalent légèrement l'utilisateur dans son rapport avec la réalité (desinhibition), la cocaïne venant limiter les somnolences associées au cannabis et à l'alcool.

Espace festif

Les associations les plus fréquentes en 2004 dans l'espace festif alternatif sont (produits dans l'ordre de la consommation au cours de la soirée) : " cocaïne / speed / cocaïne ", ou " cocaïne / LSD / cocaïne ", " avec une base bières / cannabis ". Dans l'espace festif commercial, les associations " cocaïne / alcool " ou " cocaïne / alcool / ecstasy " sont les plus fréquentes.

La cocaïne est aussi utilisée en descente d'ecstasy (la descente de la cocaïne étant chez beaucoup d'utilisateurs plus gérable que celle de l'ecstasy) et non dans la montée (la cocaïne limite les effets à la montée de l'ecstasy).

Moins fréquent, cocaïne et LSD. La cocaïne potentialise l'effet du LSD dans les descentes de ce dernier.

Très rarement speed-ball (cocaïne et héroïne)

Amphétamine et cocaïne (de plus en plus présent)

Souvent la cocaïne est consommée entre deux produits aux effets plus longs. La substance apparaît alors comme une pause pour changer de produit (on parle du « trou colombien »...).

4. Marché de la cocaïne et de la free base/Crack et modalités d'approvisionnement

4.1. Disponibilité des différentes formes de cocaïne et leurs appellations respectives

Espace urbain

Les acteurs du champ répressif rapportent une grande disponibilité de la cocaïne.

Les usagers de l'espace urbain rencontrés et les intervenants rapportent une distinction entre Végétale (Végé) et synthétique (Synthé). La même distinction est établie au sein de l'espace festif.

La végétale est réputée être un produit plus « naturel » ou « bio ». On la qualifie également de plus « pure », qualificatif relié à sa dimension « bio » : « *la végétale est très pure, c'est comme une plante. Elle est transparente et entraînerait moins de dommages au moment de la descente (crispation incontrôlée des mâchoires)* ». La notion de pureté est mise en lien avec celle d'absence de « produits de coupe », voir pour un informateur consommateur occasionnel au fait que « *même quand elle est coupée, c'est avec des produits plus bio, plus naturels* ». Les effets seraient « plus violents », « meilleurs », et la descente « moins dure ». Il arrive qu'une variété particulière de « végétale » soit citée, l'« écaille de poisson » qui serait « la plus cristalline ».

La synthétique est dite de qualité moindre : « elle fige », « la descente est plus mauvaise ». « Elle est moins bonne et fait énormément de dépôt donc c'est plus difficile pour la caler ». Cette moindre qualité est attribué à l'« impureté » due aux produits de coupe, car il est souvent fait mention du fait

que la cocaïne synthétique serait : « souvent c'est des amphétamines ou du speed et ils disent que c'est de la coke » ou « ce qu'on appelle la coke synthétique c'est les amphés »

Une note du responsable d'observation en milieu urbain rapporte ainsi :

« Ouais... de la synthétique ! Avec 40 ou 50 euros tu as un gramme. C'est pour ça que c'est moins cher. Les trois quarts des dealers (exagération marseillaise) te vendent du speed et des amphétamines et te font croire que c'est de la coke. Dernièrement, j'ai acheté pas loin de chez moi, 5 g de coke. Il me l'a fait 30 euros le g, 150 euros en tout...

Tu parles... Au moment de la caler, je l'ai mise dans l'eau pour la diluer, elle s'est mise en pâte. Je l'ai chauffée, rien à faire, la coke ne se dilue pas, tu peux que la sniffer. Ils peuvent la vendre 30 euros le g !! ... Une belle arnaque pour ceux qui se calent ! Dégoûté ! »

Les produits de coupe cités par les usagers et les intervenants sont la caféine, le lactose, les amphétamines, et le speed.

Néanmoins, une information importante a concerné la circulation dans le courant de l'année 2004 d'une cocaïne coupée au Subutex® : « En 2004 il y a eu de la coke mélangée à du Subu : les mecs venaient en manque, ils ne comprenaient pas, ils avaient injecté de la coke alors qu'ils prenaient de la Métha et comme c'est un agoniste pur : ils étaient très mal ».

Les données recueillies dans le cadre du groupe focal répressif émanant du Laboratoire de Police Scientifique font état du fait que la cocaïne est souvent coupée, et que dans les échantillons non coupés, on atteint des puretés à 60%. Une hypothèse a été évoquée s'agissant de la saisie cette année de cocaïne conditionnée diluée dans des bouteilles, pour laquelle les techniques d'extraction feraient problème.

4.2. Accessibilité

Si la présence massive de cocaïne est attestée, l'accessibilité varie selon deux critères principaux cités par les intervenants. Le premier est bien évidemment le revenu, car même en baisse, la cocaïne reste un produit cher pour les usagers en situation de grande précarité. Il est alors rapporté que le deal suivrait la périodicité des rentrées de minima sociaux : certains dealers ne vendraient que le 5 du mois : « C'est l'extra. C'est disponible mais peu accessible : seul le 5 du mois ».

Une autre variable est mentionnée comme constitutive de l'accessibilité : celle du genre. Il est rapporté que les femmes seraient plus exposées à la crainte d'une agression et de ce fait, auraient plus souvent recours à l'aide d'un homme usager avec lequel elles partageraient leur consommation afin d'arriver à avoir accès au produit.

S'agissant des lieux où la cocaïne serait vendue, les acteurs du champ répressif les déclinent comme suit :

- Les « cités » marseillaises
- Les boîtes, les rave parties, les after
- Les bars
- Les lieux de vente fixes ont régressé depuis longtemps et la mobilité a pris le pas sur le statique.

La présence de cocaïne en prison a été mentionnée dans le cadre du groupe focal sanitaire.

4.3. Prix

Dans l'espace urbain, les prix de la cocaïne varient selon sa qualité. Ainsi, le prix le plus bas cité est de l'ordre de 30 euros, tandis que la moyenne se situerait entre 50 et 80 euros. Le prix le plus souvent cité est 50-60 euros. Sont alors distinguées les « doses » qui comprendraient entre 0,5 et 0,7 grammes, et le gramme.

Selon les acteurs du champ répressif le prix moyen de la dose se situerait autour de 40-50 euros, 75 euros le gramme.

4.4. Modalités d'approvisionnement

Il n'existe pas de « scènes ouvertes » de deal de cocaïne. Le deal se ferait de plus en plus fréquemment par le biais de téléphone portable grâce auquel serait fixé le lieu de rendez-vous.

En outre, des discussions informelles avec des consommateurs occasionnels de cocaïne donnent à voir un mode d'approvisionnement lié au réseau d'interconnaissance. L'achat se fait rarement en soirée, mais a lieu de façon anticipée avant une « fête » via un réseau d'amis en lien avec un revendeur ou au courant d'un « plan ».

L'achat est souvent groupé qu'il s'agisse de consommateurs insérés socialement ou en situation de précarité.

Les observations réalisées en milieu festif

La cocaïne qui est consommée vient du Nord de la France (alors que la Kétamine vient d'Italie).

Certains dealers de cocaïne vendent toutes sortes d'autres produits (notamment en rave party), mais il semble plus fréquent que les réseaux de distribution soient différents (surtout dans l'espace festif alternatif et particulièrement dans les petites fêtes). Il y aurait surtout les vendeurs de cocaïne uniquement, qui peuvent dans de rares cas vendre aussi de l'héroïne (" mais c'est mal vu en teuf " précisent toujours les observateurs au sujet de la prise d'héroïne) et parallèlement les vendeurs d'ecstasy, speed, LSD, cannabis, ces produits pouvant souvent être trouvés auprès de la même personne dans le contexte festif.

Dans l'espace festif commercial de type rave party, on pourrait donc plus souvent trouver de la cocaïne et d'autres produits auprès du même dealer, il y a « plus de business, et moins d'usagers revendeurs ».

Il n'y a pas de cocaïne dans toutes les " petites teufs ". « Il n'y a jamais de gros dealer de cocaïne si la teuf n'est pas flyée ». Il y a des points de vente de cocaïne facilement repérables dans les free et les rave party.

5. Représentations de la cocaïne et de la free base/Crack et risques encourus

5.1. Les représentations de la cocaïne chez les usagers et les non usagers

Les usagers de l'espace urbain

Chez les usagers occasionnels insérés socialement, la cocaïne est le produit de la fête et lorsque la consommation est restreinte à ce contexte d'usage, est considérée comme sans grand danger.

Les intervenants en toxicomanie soulignent que la cocaïne est un produit « très apprécié, il y a une bonne perception, c'est « Scarface », c'est bourgeois, branché, t'es dans le mouv, il y a aussi beaucoup le sexe avec la coke ».

La démocratisation de la consommation s'inscrirait ainsi dans le même temps dans l'appropriation d'attributs symboliques qui font de l'histoire récente des usages de cocaïne avant sa démocratisation une « drogue de bourgeois, de branchés » (Cf l'utilisation du billet de banque et de la carte bleue pour faire une ligne) mais aussi le symbole du « culte de la performance » qui ont fait un produit exemplaire de tendances sociales plus vastes.

La représentation dominante resterait donc celle-ci, même si certains font mention que « maintenant c'est l'héro qui est pour les branchés, la coke c'est devenu un produit de la rue ».

Les usagers de l'espace festif

Dans l'espace festif commercial, la cocaïne jouit d'une réputation très liée à sa fréquence d'usage : elle est considérée comme " sans danger " lorsqu'elle est utilisée de façon occasionnelle, mais les usagers occasionnels et les non usagers mettent en avant les risques de dépendance. Sa capacité de stimulation en fait un produit adapté aux effets recherchés par les consommateurs (sensation de bien être, prise d'assurance, stimulation, endurance). La cocaïne bénéficie encore d'une bonne image. Elle apparaît comme extrêmement banalisée et surtout inoffensive au regard des autres produits (LSD, Kétamine). Pour la plupart des usagers, consommer de la cocaïne, « c'est pas trop grave, c'est un produit inoffensif ».

L'augmentation de l'usage de cocaïne apparaît surtout de façon flagrante dans l'espace festif commercial, car dans l'espace festif alternatif, elle conserve l'image d'un " produit cher " qui " n'est pas à la mode ", contrairement aux hallucinogènes majeurs comme le LSD et certains produits naturels. Dans cet espace, les consommateurs réguliers de cocaïne ou de free-base constituent une minorité,

même si l'expérimentation de cocaïne et son usage occasionnel sont en expansion (baisse du prix ces dernières années). La coke est perçue dans l'espace alternatif comme un produit " qui n'est pas à la mode ". " Elle a quand même l'image d'un produit qui rend dépendant, pas les cartons [LSD]. Les plus jeunes ont peur de la cocaïne, pas des cartons ". Elle est souvent qualifiée de " drogue dure ", et qui " rend accro ". Pour " les nouveaux teufeurs " (les plus jeunes), la cocaïne est une " drogue dure comme l'héro ". Les plus jeunes ont une meilleure perception des " produits naturels : rachacha, champignons, opium ".

Représentations du free-base/crack

Espace urbain

Dans le cadre du rapport TREND 2002, mention était faite d'un « mystère » spécifique à Marseille à l'échelle de la présence ou non de crack localement. L'« existence mystérieuse » du free base/crack à Marseille faisait l'objet d'un paragraphe du rapport 2001 et d'une citation en 2002, soulignant le paradoxe de l'évocation concomitante de l'existence de free-base et d'absence de crack par les intervenants. L'une des hypothèses en fut que le recours au terme de free base était une « protection imaginaire » afin d'éloigner les représentations péjoratives liées au crack.

Les propos des professionnels du champ sanitaire mais aussi des intervenants recueillis dans le cours de l'année 2004 continuent à faire état de l'absence de crack, et de la rareté de la visibilité de la pratique du basage de cocaïne parmi les usagers visibles dans les structures de l'espace urbain marseillais.

Ce constat s'appuie sur des éléments d'explication de deux ordres.

Le premier relève de l'absence d'un réseau d'usager et/ou de revendeurs : « (...) franchement les usagers de free-base dans l'année j'en ai vu qu'un, donc pour le moment pas de consommateur de crack mais on a eu une personne qui arrivait de Paris, pendant trois mois elle a cherché désespérément des réseaux pour avoir du crack, elle ne pouvait pas acheter de la coke parce qu'elle n'avait pas de ressources pour la transformer et elle est remontée à Paris parce qu'elle ne trouvait pas ». A ce type d'anecdotes fréquemment citées en exemple s'ajoute parfois la mention de la faible importance de l'immigration en provenance des Antilles, laquelle est associée avec le deal de crack.

Le second ordre d'argument récurrent est relatif à la « culture » locale, à diverses échelles. Ainsi « Je pense que le crack ne prend pas structurellement à Marseille, mais tant mieux », ou alors « il est diabolisé le crack, et tant mieux ; ici on a l'Artane ».

L'hypothèse « culturaliste » visant à expliquer l'absence du crack se fonde lorsqu'elle est développée sur trois caractéristiques : l'ancienneté de la « culture » de l'injection, la mauvaise qualité de la cocaïne accessible aux usagers visibles dans l'espace urbain, et leur grande précarité. Ainsi, « fumer la coke pour les usagers qu'on voit...pour eux c'est du gaspillage quoi ». Ils sont tellement précaires que s'ils la fument c'est du gaspillage pour eux, ici on a une culture de l'injection.

Espace festif

A contrario, les notes d'observation réalisées en milieu festif en région PACA rendent compte du fait que : « Personne n'est dupe du fait que le free-base et le crack sont les mêmes substances et le mot crack commence à se faire entendre autant que le mot free-base ». « Le terme " crack " ne semble plus refusé en 2004, et il semble autant employé par ceux qui en consomment comme par les autres que le terme de " free base " ou " base ". " Ils savent ce qu'ils fument ".

La consommation de free-base concernerait cependant une minorité dans l'espace festif alternatif, et aucune consommation de free-base n'a été observée dans l'espace festif commercial.

Dans l'espace festif commercial, aucune consommation en free base n'a été observée en 2004.

Les usagers de free-base/crack

La cocaïne n'est jamais vendue sous forme de crack. Les observateurs affirment (aussi pouvons nous considérer cette affirmation comme une hypothèse de terrain opératoire) que les consommateurs de free base sont généralement les dealers de cocaïne et leurs proches, car ils restent statiques pour attendre les clients et prennent ainsi le temps de préparer le crack à fumer. Le fait de vérifier le degré de pureté de sa cocaïne en la basant (ce qu'un dealer est d'autant plus porté à faire qu'un simple usager) peut justifier la première prise de crack une fois le caillou obtenu. C'est un autre argument (en plus de l'attente du client qui laisse le temps du rituel de préparation) qui expliquerait que les consommateurs de free base dans l'espace festif sont souvent des dealers.

En dehors des groupes de dealers de cocaïne, la consommation de crack serait plutôt observée lorsque la manifestation festive dure au moins deux jours, comme dans un teknival. La cocaïne n'est jamais vendue sous forme de crack.

La consommation en free base s'effectue collectivement dans de petits groupes installés aux marges (autour d'un feu, dans un camion). Les personnes qui consomment le free base observent les rituels de préparation et sont statiques.

En free party, des consommations de free base ont aussi été observées dans le chill out (lieu de repos sur le site festif).

Il est remarquable qu'au sein du rapport TREND 2001, les usagers de free-base crack décrits dans l'espace festif étaient notablement différents de ceux qui viennent d'être évoqués, dans la mesure où étaient listés des consommateurs « *plutôt marginalisés (certains d'entre eux appartiennent par exemple à la mouvance punk) et/ou d'origine étrangère (pays du Maghreb ou d'Europe de l'Est)* » (Rapport de site TREND 2001).

Le rituel de préparation

La séquence de préparation " prend du temps ", chauffer la cuillère ressemble au rituel de l'héroïne pour les autres personnes qui ne consomment pas la cocaïne sous cette forme. " *Leur teuf ne se passe pas autour du son mais dans le geste, le rituel de préparation et de partage* ".

Le free-base dans l'espace festif alternatif est le plus souvent préparé avec de l'ammoniaque, alors que le bicarbonate de soude est plus simple à trouver dans le commerce. Pourtant, aucune discussion n'a été entendue sur les avantages à utiliser de l'ammoniaque par les observateurs clés.

De ce fait, la responsable d'observation en milieu festif a pris contact avec un intervenant de prévention niçois, particulièrement bien inséré dans le milieu des 'free baseurs,' pour lui poser spécialement cette question.

D'après lui, la préférence pour l'ammoniaque est liée à deux raisons rationnelles :

- La raison principale est que l'ammoniaque permet de mieux éliminer les déchets que le bicarbonate de soude, et partant il permet de " perdre moins " de produit base. " Le base obtenu avec l'ammoniaque ressemble plus à la galette de crack ". Sur une même poudre de cocaïne, la préparation au bicarbonate de soude permettra d'obtenir 0,4 de base sur un gramme de poudre, alors que la préparation à l'ammoniaque permettra d'obtenir 0,6 ou 0,7 sur un gramme (en gardant à l'esprit que les déchets sont pourtant mieux éliminés par l'ammoniaque que par le bicarbonate de soude).

En seconde intention, la préparation à l'ammoniaque est plus " simple ", car il suffit de mettre une goutte d'ammoniaque avec une pipette sur la poudre, alors que la préparation au bicarbonate de soude n'est pas aussi aisée, car il faut faire chauffer les deux poudres dans la cuillère.

Effets recherchés

Ceux qui consomment la cocaïne en free-base " cherchent la claque ", " ça scotche ". Ils peuvent consommer tout au long de la soirée. Les effets recherchés sont donc différents des effets stimulants liés à la consommation de cocaïne.

Une minorité, qui consomme principalement du free-base en teuf, peut sniffer de la cocaïne à d'autres moments. Ce sont des personnes perçues par les autres membres des manifestations festives comme des gens qui ont " plus d'expériences dans la défonce " et " plus d'expériences dans la teuf ". Les personnes qui consomment par voie nasale veulent danser, " une trace et retourner dans le son ". Au contraire, ceux qui consomment en free-base restent " à part, en petits groupes ".

5.2.La représentation des risques en lien avec cette consommation

Espace urbain

Les données précédemment exposées donnent à voir qu'il y a une conscience relative des risques d'exposition au VIH et au VHC pour les usagers injecteurs.

Espace festif

Les principaux problèmes liés à l'usage de cocaïne sont la tachycardie, les tremblements, la paranoïa et les bad trip (rares, principalement observé chez les polyconsommateurs chroniques associant la cocaïne à d'autres substances).

D'un point de vue sanitaire l'ensemble de ces problèmes ne nécessite pas d'interventions extérieures et professionnalisées, la plupart des usagers parvenant seule à les maîtriser.
Pas d'usage problématique de cocaïne observé. Pas d'usagers connus en recherche de soin.

On peut noter que :

- les personnes qui sniffent de la cocaïne et qui fréquentent les petites teufs et les free-party, savent qu'il y a un risque de transmission de l'hépatite C avec le partage de pailles " mais ils s'en foutent ".
- dans les grosses manifestations (raves légales, festivals...), les " petits jeunes " et " les clubbers " ne connaissent pas le risque de transmission de l'hépatite C par le partage des pailles. On peut noter que la population des clubbers rattachée au mouvement Gay Friendly (touchée dans son histoire par les maladies infectieuses avec l'épidémie VIH) semble plus au fait du risque de transmission de l'hépatite C. Les partages de pailles sont néanmoins recensés dans ces groupes de consommateurs.

Toutefois, les consommateurs occasionnels de cocaïne disent généralement se méfier du risque de dépendance ; les consommateurs réguliers observés sont en lune de miel, n'ont pas l'air de percevoir des problèmes liés à leurs pratiques.

La consommation occasionnelle de cocaïne pour se stimuler, passer outre la fatigue est considérée comme sans danger alors que la consommation régulière est perçue comme une dépendance importante qui a des conséquences péjoratives sur la santé et les ressources financières.

Perceptions des non-usagers

Les intervenants en toxicomanies rapportent que certains usagers n'aimeraient pas l'effet stimulant, « *c'est pas une défonce c'est un speed* ».

Des non usagers mettent en avant les risques de dépendance.

La peur de faire des « poussières » est rapporté par des intervenants pour ce qui concerne les injecteurs non-usagers de cocaïne : « *c'est beaucoup plus facile de faire des poussières qu'avec l'héro* ».

S'agissant plus spécifiquement du « crack », ce dernier continue à être diabolisé dans l'espace urbain marseillais, tandis qu'en milieu festif l'usage sous forme de free-base, s'il est le terme utilisé, ne relève plus d'une « protection imaginaire » dans la mesure où « les usagers savent très bien ce qu'ils fument ».

6.Conclusion

L'investigation spécifique sur le thème de la cocaïne met en exergue un trait saillant principal : le peu de données actuellement disponibles s'agissant des consommateurs occasionnels. La demande des usagers de cocaïne envers le dispositif de soins nécessiterait une exploration plus systématique. Il est d'autre part remarquable que peu d'associations interviennent pour l'instant dans les lieux festifs ou les soirées privées dans l'espace urbain marseillais, même si diverses raisons peuvent être évoquées : la non sollicitation des associations par les responsables de ces lieux, l'absence d'une commande publique claire envers ce public et ses usages, les difficultés inhérentes à la réduction des risques en milieu « privé », le besoin de mieux cerner le contexte et l'ampleur du phénomène...

Pourtant, en milieu festif, la consommation de cocaïne s'est généralisée et par voie de conséquence banalisée. La baisse sensible du prix, les teneurs très élevées en principes actifs, l'accessibilité accrue en font une sérieuse concurrente de l'ecstasy, la substance pouvant sur certaines manifestations être considérée comme la principale consommée.

Note Thématique EVOLUTION DES PRATIQUES D'INJECTION

1.Introduction

Marseille a constitué un des territoires « historiques » de la mise en place des actions de réduction des risques sanitaires et sociaux liés à la toxicomanie en France. Celles-ci ne se sont d'ailleurs pas mises en place sans difficultés, du fait des diverses contraintes légales et politiques ayant existé dans ce domaine et des nombreux débats qui ont eu lieu au sein des institutions locales (Paillard, 1996 ; Lovell et Ferroni, ; 1998). La mise en place de cette action s'est effectuée de manière progressive, allant de l'ouverture de la première structure d'accueil pour usagers actifs en 1992 (AMPTA Transit), à la création d'une mission municipale « sida toxicomanie » (1996) et d'un centre prototype à l'hôpital Sainte -Marguerite (Centre Addiction Sud, 1997). Actuellement ce dispositif est plutôt en phase de mutation, en ce qui concerne les orientations des structures, et fait face à une régression de moyens (quasi disparition du travail de rue,...).

En outre, l'agglomération marseillaise est l'une des plus concernées en France par le phénomène de la toxicomanie et les Bouches-du-Rhône sont l'un des départements les plus touchés par l'épidémie de sida chez les usagers de drogues ([Observatoire français des Drogues et Toxicomanie](#), 1999, p. 173-175). Historiquement en PACA, c'est le mode de transmission UDVI qui a été largement prédominant, même si le profil épidémiologique actuel est, comme sur l'ensemble du territoire, caractérisé aujourd'hui par l'augmentation du nombre de cas dans le « groupe de transmission hétérosexuel ».

La part des usagers de drogues par voie intraveineuse dans les cas de sida a baissé à l'échelle nationale comme locale. Elle constituait en 2002 12% des cas de sida (versus 17% en 1999) en France, et 29,5% en région PACA. En 2004, les usagers de drogues par voie intraveineuse constituent 11% des nouveaux cas de sida, et 3% des nouveaux diagnostics de séropositivité (BEH n°24-25, Juin 2004). La prévalence de l'infection VHC chez les patients VIH « se situe entre 10 et 15% au niveau national et serait aux alentours de 30% dans la région PACA, en lien avec l'importance de l'usage de drogues par voie intraveineuse » (DRASS, 2004).

En 1999, une étude estimant à près de 6000 le nombre d'usagers problématiques d'opiacés et de cocaïne dans l'espace urbain marseillais, notant que 31,4% d'entre eux avaient eu recours à l'injection quel que soit le produit, tandis que le partage du matériel se présentait comme une pratique marginale car réalisé par 5,3% d'entre eux.

A Marseille, les taux de vente de boîtes de Stéribox®, de Subutex® et de flacons de méthadone suivent la même évolution que les taux départementaux et nationaux, mais leur restent très supérieurs (environ deux fois supérieurs aux taux nationaux).

L'injection à Marseille est souvent présentée comme relevant d'une histoire culturelle. Elle serait également motivée par la mauvaise qualité des produits injectables, et la précarité des usagers, laquelle entraînerait une « peur du gaspillage ». De façon plus générale, insistance est faite sur le « rituel » représenté par l'acte d'injecter, et le rapport à la seringue.

Les données récentes liées au dispositif Siamois ont fait part de chiffres alarmants à l'échelle de la prévalence de l'infection à VHC chez les usagers de drogues en contact avec les structures de première ligne de la ville. Bien évidemment c'est avec prudence que ces chiffres doivent être lus, dans la mesure où l'étude dans sa phase pilote, a été menée sur un échantillon restreint (166 individus). Alors que chez les moins de 30 ans, aucun cas de séropositivité n'était déclaré et détecté, « *la prévalence déclarée du VHC est de 51,6% (81/157) contre 72,6% par le test sérologique sur buvard* » (Emmanueli, Jauffret-Roustide ; 2004), ce pour l'ensemble des sujets inclus dans l'étude. Avant 30 ans, la séropositivité réelle sur buvard est de 43% (pour zéro séropositivité au VIH). Dans le cadre de cette étude, 15,6% et 14,5% des usagers déclaraient avoir injecté ou sniffé des produits dans le mois précédent le recueil de données (réalisé entre le 22 Avril et le 3 Juin 2002).

De l'évolution à la baisse à la fin des années 90 à une actuelle stabilisation

De 1996 à 1999 la vente de Stéribox® à l'unité a régulièrement augmenté dans le département comme à l'échelle nationale (Source Score santé, FNORS). Entre 1999 et 2000, ce chiffre connaît la variation la plus importante à la baisse sur la période 1996-2003. Depuis l'année 2000, et jusqu'en 2003, le chiffre des ventes à l'unité semble s'être stabilisé variant entre environ 2300 et 2500 boîtes pour 10 000 personnes entre 20 et 39 ans.

Les ventes de stéribox® pour 100 habitants de 20 à 39 ans en 2002 le situe au 14^{ème} rang de l'ensemble des départements (ILIAD), marquant un infléchissement continu (9^{ème} rang en 2000, 11^{ème} en 2001), la baisse de celle-ci étant plus importante que celle observée au niveau national en 2002 (-2,8 versus -1,8 en France).

Ces données montrent donc globalement depuis 1999, une diminution des ventes de boîtes de Stéribox® de manière « plus marquée à Marseille qu'au niveau national ». Les hypothèses listées pour expliquer la baisse des ventes du matériel d'injection au sein du « Tableau de bord santé de la ville de Marseille » réalisé par l'ORS PACA en 2003 sont les suivantes :

- ◆ L'augmentation de la consommation de produits de substitution, même si certains utilisateurs sont susceptibles de les consommer par injection
 - ◆ une modification du contenu du kit d'injection Stéribox® ayant entraîné une modification de son prix
 - ◆ Une possible reprise des comportements à risque chez les usagers de drogues par voie injectable (partage et surtout réutilisation de la seringue)
 - ◆ Une baisse des comportements d'injection
- (Tableau de bord santé ville de Marseille, ORS PACA, Fiche 9.3)

Une baisse qui paraît stabilisée

◆ Dans l'enquête OPPIDUM, la diminution continue des pratiques d'injection du Marseille est attestée entre 1999 et 2001, passant de 18% en 1999, à 15% en 2000 et 11% en 2001. En 2003, le chiffre est toujours de 11%.

◆ Le nombre global de seringues distribuées par les automates marseillais donne aussi à voir une stabilisation.

La hausse du nombre d'injections chez les mêmes injecteurs indiquée par les PES

Les PES déclarent en revanche distribuer en 2004 un nombre de seringues en nombre croissant, 2003 étant déjà à la hausse. Néanmoins, la quantité de seringues distribuées renverrait plus à un nombre d'injections croissant chez les mêmes usagers, du fait notamment des pratiques d'injection de cocaïne, qu'à l'augmentation du nombre d'injecteurs. Les paquets de 10 sont de plus en plus fréquemment distribués.

2. Evolution des pratiques d'injection dans l'espace Urbain

2.1. Qui sont les injecteurs ?

Les injecteurs auxquels il a été fait référence dans l'espace urbain marseillais peuvent être distingués entre « anciens » et « nouveaux ».

Les « anciens » sont les anciens usagers d'héroïne par voie intraveineuse qui, même en consommant un substitut à leur produit de prédilection, ont conservé le « rituel » d'injection. Ces personnes sont particulièrement concernées par l'injection de Subutex® et /ou de cocaïne. Les personnes sous protocole de substitution à la méthadone peuvent toutefois être concernées par l'injection de cocaïne et sporadiquement d'héroïne.

Toutefois des usagers sont parfois contraints d'abandonner l'injection en raison de la détérioration du capital veineux, ce qui peut être l'occasion de demander à être inclus dans un programme méthadone afin de ne plus utiliser le Subutex®.

Comme pour l' « absence de crack » (voir note thématique cocaïne) les discours en matière d'injection mettent en exergue la dimension « culturelle » (« à Marseille il y a une tradition de l'injection ») ou rituelle du maintien de la pratique d'injection pour des produits dont la forme galénique n'est pas adaptée. La précarité liée à l'appréhension du gaspillage est également évoquée.

Les « nouveaux » injecteurs

Des propos de statut divers renvoient à des pratiques de passage à l'injection pour des personnes de statut lui-même varié.

En « arriver là »...

Ainsi, dans le cadre du groupe focal sanitaire, une anecdote a été rapportée par un médecin :
« C'est vrai qu'il y a de plus en plus de gens qui testent la seringue. Par exemple on voit des personnes qu'on connaît depuis 3, 4 ans, qui avant s'étaient limitées au Néocodionâ ou à la métha et puis tout à coup, qui se mettent à l'injection. Je pense en particulier à un usager, mais il y en a

d'autres, passés à l'injection de Subutex en disant " Voilà où j'en suis arrivé maintenant je me mets à me piquer ". Du style, « On arrive pas à me trouver un logement, etc. ». Ce sont des gens qui ont souvent des problèmes psychiatriques mais enfin c'est pour nous dire, « j'ai touché le fond ». Est en jeu un statut de victime, et qui concerne plutôt des gens jeunes, mais après une période de plusieurs années de consommations. »

Ici, le passage à l'injection renvoie manifestement au fait d'avoir « touché le fond », ce qui renseigne non seulement sur les modes et contextes possibles d'entrée dans ces pratiques, mais aussi sur le statut stigmatisé et ambivalent du geste.

Les jeunes injecteurs

Des données très partielles ont été recueillies auprès des structures de première ligne concernant les « jeunes injecteurs ».

Le bus Méthadone de Médecins du Monde a ainsi connu en 2004 un rajeunissement relatif de sa file active, et vu arriver de jeunes usagers ayant initié l'injection en milieu festif.

Par ailleurs, quelques jeunes usagers sont en contact avec l'association « le Tipi ». Ils sont alors décrits comme « *ayant une dégaîne de teuffers, quasi-exclusivement masculins, et jeunes. Je pense qu'ils injectent plutôt du speed, de l'héro, de la coke, je pense qu'il y pas mal d'injections de coke* ». Quand ces jeunes usagers « passent », ils prennent un nombre important de seringues, sans qu'il soit possible de savoir s'ils fournissent un réseau de pairs, ou si celles-ci sont uniquement utilisées dans le cadre de consommations personnelles.

Deux éléments sont remarquables au sein des propos les concernant. Le premier est la différence d'attitude entre jeunes hommes et jeunes femmes : si ces dernières sont extrêmement minoritaires « *je n'en ai vu que deux dans l'année, plutôt du genre teuffeuse et je pense qu'elles vivent en squat* », le contact ou la création d'un espace de parole autour de la pratique sont qualifiées en ce qui les concerne de plus difficile qu'avec leurs homologues masculins « *elles ne font qu'entrer et sortir, c'est très furtif, il n'y a pas de discussions ni des questions* ».

Cette anecdote rejoint le constat plus global évoqué dans le cadre d'une autre anecdote rapportée par un membre du Tipi. « *En fait sur la question des seringues, on s'est rendu compte qu'il y avait des personnes qui venaient en chercher le soir, quand il n'y a plus que le personnel d'entretien, manifestement parce qu'ils n'ont pas envie de croiser du monde* ». Là encore, la dimension « furtive » du recours à la structure au sein de laquelle les seringues sont disponibles est soulignée.

Enfin, d'autres observations sur les jeunes injecteurs sont citées par des intervenants de AIDES ou de Médecins du monde dans le cadre d'événement festifs technos, rendant compte de pratiques d'injection qui pour les uns concerneraient principalement la cocaïne et les autres l'usage d'héroïne pour la descente à la fin de plusieurs jours de fête.

2.2. Les pratiques d'injection

Produits injectés et associations des produits

Le premier produit injecté chez les usagers rencontrés dans les structures de première ligne est le Subutex®. L'injection concerne 14% des sujets consommateurs de Subutex® inclus dans l'enquête OPPIDUM.

Les motivations énoncées par les intervenants et les professionnels du soin sont le fait que « *la prise en sublingual, les usagers disent que c'est dégueulasse* », et l'attachement à la pratique de l'injection qui expliquerait son maintien même en l'absence d'une forme appropriée. Le cas est par exemple cité de personnes « *qui sont sous métha et des fois ils s'arrêtent deux ou trois jours pour prendre du Subutex®* » afin de renouer avec l'injection.

Les dommages cités corrélés à l'injection de Subutex® sont, comme les années précédentes, les troubles lymphatiques (syndrome de « Popeye »), « poussières » et abcès entraînant globalement une détérioration de l'état veineux. Toutefois, de l'avis général des structures de première ligne et des acteurs du champ sanitaire rencontrés, les dommages liés à l'injection de Subutex® seraient en baisse depuis deux ans « *on voit moins de dégâts aujourd'hui* ». Ceci est mis en relation avec :

- L'important travail d'information réalisé autour de l'injection, l'insistance faite sur la double filtration, et l'introduction de nouveaux filtres.
- L'abandon par certains des pratiques d'injection de Subutex® du fait de la détérioration de leur état veineux. Des personnes entrent ainsi en protocole de substitution à la méthadone « *car*

elles en ont marre de s'injecter du subu ». Plus globalement, la part de consommateurs de méthadone dans l'étude OPPIDUM est passée de 28% en 2000 à 38% en 2003.

Toutefois, des propos minoritaires insistent sur le fait que les dommages seraient moins immédiatement visibles :

- En raison d'une pratique plus importante d'injections sur les jambes « *ça se voit moins sur les bras mais s'ils relèvent leurs pantalons tu vois des abcès ou des dégâts* »
- En raison également d'une pratique minoritaire d'injections dans la jugulaire ou dans l'artère (sur le poignet au niveau du pouls).

Néanmoins, ces divers impacts sur le système lymphatique et l'état veineux entraînent de fait une alternance des modes de prise (périodes de recours au sniff ou au sublingual ; passages à la méthadone).

Un récit a mis l'accent sur des dommages d'une particulière gravité :

« Un jeune a perdu son bras par rapport à ça il y a 8 ou 9 mois, il est venu deux fois au local et on le voit en travail de rue. Il s'injectait le subu et l'aiguille s'est cassée. Il dit être allé aux urgences et que, quand ils ont vu son bras ils lui ont dit qu'il y avait rien du tout. Son amie a insisté mais ils l'ont pas écouté... et quelque temps après on l'a amputé du bras ». Anecdote qui éclaire autant les dommages extrêmes pouvant être causés par l'injection de Subutex® que les problèmes et difficultés rencontrés dans le cadre de l'interaction avec l'institution hospitalière.

L'autre produit le plus fréquemment injecté serait la cocaïne.

L'injection de cocaïne est présentée comme particulièrement propice aux prises de risques :

En raison du fait qu'elle serait rarement isolée, et par voie de conséquence pratiquée en groupe, les injections de cocaïne impliqueraient :

- ◆ Une réutilisation du matériel et un recours à la pratique de la « tirette » (retour veineux) qui serait utilisée dans le cadre d'injection de cocaïne dans l'objectif d'avoir « plusieurs montées »
- ◆ Un risque « dans le feu de l'action » de « se tromper » de seringue : *« On rencontre des gens qui peuvent dire quand ils se sont contaminés, ils disent " j'ai fait une connerie ". En général c'est avec la cocaïne parce qu'ils partagent le produit à plusieurs et qu'ils l'injectent. Au début ils ont bien leurs seringues chacun et au bout d'un moment il y a un chassé croisé de seringues parce que c'est un comportement compulsif, ils le font très souvent plusieurs dizaines de fois dans la nuit ou dans la journée et « je me suis rendu compte que j'avais pris la seringue de l'autre ». Une suggestion à faire serait de mettre à leur disposition des kits de seringues de couleurs différentes, et que chacun puisse reconnaître ainsi les siennes. »*
- ◆ Une pratique plus importante de partage des cotons et, pour certains usagers très précarisés dont c'est le seul mode d'accès au produit, de récupérer des cotons usagés.

Les autres produits injectés seraient l'héroïne et le speed. Quoi qu'il en soit, chez les usagers les plus précaires en contact avec les structures de première ligne, les consommations de cocaïne et d'héroïne se présentent comme des « extras », et sont moins courantes que celles de Subutex®.

Parmi les situations à risque au regard de l'injection le passage par l'univers carcéral doit être mentionné. 9% des sujets inclus dans l'étude Coquelicot (INVS) parmi ceux (60%) ayant fait de la prison au moins une fois dans leur vie, déclare avoir poursuivi une pratique d'injection en prison, alors même que le matériel d'injection n'y est pas distribué, ce qui impliquerait logiquement l'existence dans ce contexte de prises de risques.

Un nouveau produit évoqué dans le cadre du groupe focal sanitaire

Dans le cadre du groupe focal sanitaire, une pratique minoritaire a été évoquée. Elle concerne un usager

« Je voulais parler d'un produit qui est apparu cet été, enfin c'est particulièrement un patient qui l'utilisait mais qui m'a dit que c'était utilisé dans la rue aussi par pas mal de personnes, Il s'agit de la Ritaline[®] qui est prescrite dans certaines conditions. J'ai lu la notice et effectivement c'est un psychotrope qui est prescrit dans des conditions rigoureuses pour les enfants hyperactifs et malgré ça il se retrouve aussi dans la rue, en fait ça les speede, ils se l'injectent ».

La personne à laquelle il est fait référence dans cet extrait est décrite comme « *quelqu'un qui s'est marginalisé extrêmement, terriblement amaigri, qui vit dans un hôtel meublé...à l'identique de ces gens qui arrivent du Nord pour changer de vie et qui débarquent à Marseille et qui viennent nous voir* ».

pour mettre à jour leur situation administrative, un traitement de substitution, essayer de trouver du boulot aussi ».

D'autres acteurs du sanitaire ont toutefois fait mention de l'existence de cette pratique, en la qualifiant de très minoritaire.

2.3.Dommages associés à l'injection

Les dommages associés à l'injection sont bien évidemment en premier l'exposition au risque de transmission de l'hépatite C, et dans une moindre mesure au risque VIH. Les résultats de l'étude Coquelicot attestent ainsi d'une différence notable d'impact des messages de réduction des risques concernant l'une et l'autre pathologie. La baisse importante de l'injection soulignée par ailleurs dans cette étude n'exclut donc pas le maintien d'un niveau d'accessibilité suffisant au matériel stérile.

Les autres types de dommages sont les troubles lymphatiques, abcès et affections cutanées entraînant une détérioration globale de l'état veineux.

Les injections dans la jugulaire ou dans l'artère (au niveau du pouls) sont parfois citées comme « dangereuses » du fait de la non adaptation des seringues distribuées à ce type de pratiques.

S'agissant des jeunes injecteurs, quelques remarques ont été faites sur les dommages liés à une absence d'initiation à la pratique ; ainsi un ancien injecteur devenu acteur de prévention rapporte « *qu'il y a des petits jeunes à qui n'ont jamais appris comment faire et qui se charcutent* ».

3.Evolution des pratiques d'injection dans l'espace festif

Les pratiques d'injection ont une représentation très péjorative chez les usagers de l'espace festif. Si elles sont inexistantes dans l'espace festif commercial, elles sont marginales mais néanmoins présentes dans l'espace festif alternatif.

3.1.Caractéristiques des usagers injecteurs

D'après les observations réalisées en milieu festif, les injecteurs sont plus âgés que la moyenne, ne "viennent pas pour la teuf " (dans le sens perçu par les autres participants, c'est-à-dire que leurs attitudes n'expriment pas qu'ils s'amusent et qu'ils ne dansent pas). Ils viennent avec leurs produits (c'est très rare de trouver de l'héroïne en teuf et si on y trouve de la kétamine vendue en poudre, les injecteurs de kétamine viennent avec leur produit sous forme liquide et effectuent la transformation en poudre sur site).

Ce sont souvent des zonards, des squatteurs, des gens de la rue qui fréquentent les teufs.

Le plus souvent, ce sont des hommes âgés en moyenne de 27 à 30 ans. Leurs comportements et leur vêtue permettent de supposer que leur insertion sociale est faible. Des femmes sont présentes mais minoritaires.

Dans les free parties de la région PACA, des injecteurs d'une vingtaine d'années, tous masculins, ont été observés une fois.

Dans les free parties se déroulant à la frontière italienne, les injecteurs rencontrés sont autant des injecteurs français que des injecteurs italiens. Ils doivent représenter 5% au plus des personnes présentes dans ces manifestations, qui regroupent entre 500 et 1000 personnes selon les soirées. Aucune pratique d'injection n'est observée dans l'espace festif commercial.

3.2.Les produits consommés par injection

Les produits consommés par injection sont principalement de l'héroïne en intraveineuse, mais aussi de la kétamine en intramusculaire (comme l'héroïne, la kétamine est plus souvent consommée par voie nasale dans le contexte festif). Des consommations marginales de cocaïne ont été observées, mais elles sont vraiment rares, et inexistantes dans la majorité des free-parties observées.

Ce constat est toutefois différent de ce qui est observé par l'équipe de AIDES Paca intervenant en milieu festif, dont le responsable note : « *Les seringues en milieu festif sont utilisées avec la cocaïne. Nous leur signalons que nous avons la possibilité de tester l'héroïne on fait moins de 10 tests par an, je pense pas que les gens dissimulent l'héro mais ça ne circule pas dans ce milieu là* ».

Des consommations d'héroïne, notamment par voie injectable, sont toutefois relevées dans le cadre de technivals, et lié au caractère exceptionnel du rassemblement.

3.3. Pratiques à risque de contamination au sein des groupes d'injecteurs

Caractéristiques des événements festifs où des pratiques d'injection peuvent être observées

Les pratiques d'injection peuvent surtout être observées dans les free parties qui réunissent 500 à 1000 personnes en Italie du Nord. Elles sont également observées dans les free party de la région PACA, mais les pratiques d'injection y sont moins affichées et la population concernée moins importante.

Comme cela a été souligné plus haut, elles sont également observées dans le cadre des technivals.

La perception de l'injection

Dans les free parties qui se déroulent en région PACA, et a fortiori dans les "petites teufs", " l'injection est très mal vue, ça fait dépravés, vieux drogués ". Dans les petites teufs, l'injection est si mal perçue qu'un injecteur qui s'affiche est "dégagé par les membres du sound system et les participants". Ce rejet, s'il est verbalement exprimé, n'est plus physiquement effectué dans les free parties (c'était le cas par le passé).

Par contre, l'injection dans les free parties en Italie, si elle est minoritaire, est cependant plus visible. On peut raconter l'anecdote d'une fille qui avait injecté (vraisemblablement de la kétamine) et s'est baladé sur le site de la manifestation avec une seringue plantée dans le bras.

4. Conclusion

Les dernières études épidémiologiques attestent de l'importance de la prévalence du VHC sur le site et de son lien avec les pratiques d'injection, même si ces dernières sont décrites globalement comme moins fréquentes.

Alors que les stratégies de réduction des risques en matière de VIH semblent avoir porté leurs fruits, le bilan de ces stratégies à l'échelle de la diffusion du VHC est bien moins satisfaisant. Le lien historique entre injection et épidémie à VIH a contribué à stigmatiser cette pratique, tandis qu'elle semble symboliser par ailleurs une partie des attributs de l'identité sociale de «toxicomane » pour ceux qui qualifient leur entrée dans la pratique d'injection comme le signe qu'ils aient «touché le fond ».

C'est en partie ces éléments qui expliquent la manière «furtive » et les évitements autour de cette pratique qui semblent caractériser le recours ou la demande de matériel relevé notamment chez les plus jeunes des injecteurs. En milieu festif, la grande stigmatisation des injecteurs est attestée par les observations, même si elle ne donne plus lieu aux mêmes manifestations explicites de rejet.

De manière globale, comme l'explique le responsable de l'équipe d'intervenants de AIDES à Marseille « on s'est peut-être éloigné d'une connaissance fine des pratiques à laquelle il faut revenir ». L'espace de parole autour de l'injection semble s'être amoindri, tandis que la priorité est donnée au répressif, la disparition des scènes ouvertes de deal et la moindre pratique du travail de rue a également créé une distance à l'échelle de l'observation fine des modalités des pratiques. On a privilégié et priorisé aussi la question médicale des traitements (VIH, VHC) au détriment peut-être de la réduction des risques, et il s'agit d'autres acteurs (médecins/ intervenants de proximité)

Dans ce contexte, la publication des chiffres de l'étude Coquelicot a confirmé des craintes préexistantes et eu un impact important auprès des intervenants de structures de première ligne. De nouvelles stratégies de travail et de parole autour de l'injection voient le jour en 2005, notamment au sein de l'association AIDES dans la perspective de produire de nouveaux outils « communautaires » de prévention en phase avec les besoins des usagers. Une question reste néanmoins ouverte, et très rarement évoquée, celle de l'accès pour les détenus au matériel d'injection.