

**PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS
LIÉS AUX DROGUES
EN 2008**

**TENDANCES RÉCENTES
SUR LE SITE
DE MARSEILLE**

Tendances Récentes et Nouvelles Drogues

TREND Marseille 2008





Tendances Récentes et Nouvelles Drogues

TREND Marseille 2008



Coordination
Emmanuelle HOAREAU
Etienne ZURBACH

SOMMAIRE

Contributions à TREND 2008.....	p.6
I. Présentation du dispositif Trend Marseille en 2008	p.8
1. Les espaces étudiés	p.8
2. L'exploration d'un élargissement sociologique, géographique et thématique	p.8
3. Les outils de recueil de données	p.9
4. Précision épistémologique	p.10
II. Synthèse : les faits marquants et/ou émergents en 2008	p.12
1. Faits marquants et/ou émergents concernant l'espace urbain	p.12
2. Faits marquants et/ou émergents concernant l'espace festif	p.12
3. Faits marquants et/ou émergents concernant les produits psychoactifs	p.13
4. Focus spécifiques	p.15
III. Approche transversale des usages de substances psychoactives	p.17
1. Les utilisateurs de l'espace urbain	p.17
- Diversité des profils d'usagers dans les structures bas seuil	p.17
- Les personnes dans les centres de soin	p.19
▶ <i>Tendances dans l'espace urbain</i>	p.19
- La diversification des profils de personnes en grande précarité	p.19
- La question du traitement de l'hépatite C chez les utilisateurs les plus précarisés	p.20
- La difficulté du renoncement à l'injection	p.20
- Des pratiques policières moins orientées vers la prévention	p.21
- Des pratiques de prescription perçues comme inappropriées	p.23
2. Les utilisateurs de l'espace festif	p.25
- Description socio démographique	p.25
- Géographie et générations dans les usages de produits	p.26
▶ <i>Tendances dans l'espace festif</i>	p.28
- Confirmation du rajeunissement du public	p.28
- Diversification de l'offre de produits dans l'espace commercial, fluctuations dans l'espace alternatif	p.29
- Une tendance à la dilution du discours sur l'usage « festif » ?	p.30
- Des effets pervers de l'interdiction du tabac dans les établissements festifs ?	p.34

3. Focus sur les utilisateurs des quartiers populaires de Marseillep.34
- De qui parle-t-on ?
 - Disponibilité des produits et produits consommés
 - La question de l'usage abusif de cannabis chez les jeunes
 - Le contexte d'usage : interconnaissance, mémoire collective des usages, évolution des rapports intergénérationnels
 - L'implication dans le trafic : des processus complexes et multiples dans un contexte d'exclusion des biens matériels et symboliques
4. Focus sur les utilisateurs de zones hors grande agglomération (Alpes de Haute Provence, Hautes Alpes, Var)p.43
- Des pratiques d'usage festif identiques aux zones plus urbanisées
 - Une minorité d'utilisateurs plus vulnérables
 - Des facteurs de vulnérabilité plus ou moins spécifiques : désœuvrement, éloignement et insuffisance de dispositifs de réduction des risques

IV. Approche par produits psychoactifs p.50

1. Les opiacésp.50
- L'héroïne
 - La buprénorphine haut dosage (BHD ou Subutex®) et le générique Arrow
 - La méthadone
 - Les sulfates de morphine (Skénan®, Moscontin®)
 - La codéine (Néocodion®)
 - L'opium et la rachacha
2. Les stimulantsp.57
- La cocaïne
 - Le crack/ free base
 - L'ecstasy et le MDMA
 - Les amphétamines
3. Les hallucinogènesp.62
- Le LSD
 - La kétamine
 - Le GHB
 - Les champignons et plantes hallucinogènes
4. Les médicaments psychotropes non opiacésp.66
- Le flunitrazépam (Rohypnol®)
 - Le clonazépam (Rivotril®)
 - Le tribexyphénidyle (Artane®)
 - Le méthylphénidate (Ritaline®)
 - L'oxazépam (Seresta®)
 - Le clonazépam (Rivotril®) et le zolpidem (Stilnox®)
5. L'alcool et le cannabisp.69
6. Les produits rares et les nouveaux produitsp.72
- Le 2-CB
 - L'apparition du kratom
 - L'apparition du méthylone

7. Focus sur la Ritaline® : risques pour les usagers et difficultés pour les professionnelsp.73
- Conditions de prescription et risques
 - Les utilisateurs à Marseille
 - Les effets recherchés et la perception du produit
 - Modes d'administration, associations et risques sanitaires
 - La question de la substitution à la cocaïne
 - Réflexions et difficultés rencontrées par les professionnels avec ces utilisateurs

Annexes

Annexe 1. Bibliographiep.79

Annexe 2. Réflexions et difficultés rencontrées par les professionnelsp.80

- L'impact de l'interdiction du tabac sur l'accueil du public
- La question de la réduction des risques auprès des plus jeunes utilisateurs
- Des limites de la chromatographie sur couche mince (CCM) en milieu festif
- L'importance grandissante des tâches scripturales au détriment du travail d'accompagnement des personnes

Annexe 3. Lexiquep.82

Contributions à Trend Marseille en 2008

Chargée d'étude

Melle Emmanuelle HOAREAU (AMPTA)

Coordination

Melle Emmanuelle HOAREAU

Mr Etienne ZURBACH (CIRDD PACA / AMPTA)

Conseiller scientifique

Pr Xavier THIRION, Centre d'Etude et d'Information sur les Pharmacodépendances (CEIP),
Laboratoire de Santé Publique (LSP)

Responsables d'observation

Espace urbain : Mme PRIEZ Sylvie, (AMPTA)

Espace Festif : Melle GRIMAUD Camille, (Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale, Nice)

Professionnels de la prévention, de la réduction des risques et de la prise en charge

ASUD Mars Say yeh ! (Auto-support des Usagers de Drogues, CAARUD Marseille)

Bus 31/32 (CAARUD, Marseille)

Intersecteur des pharmacodépendances

Le Tipi (Tous Impliqués Pour Innover, CAARUD Marseille)

L'Elf (Egalité, Liberté, Fraternité – CAARUD Aix en Provence)

Laboratoire de santé publique (LSP, Marseille)

Médecins du Monde Marseille

Sos-Drogue International Marseille (Sleep'in dont Equipe de Prox', CAARUD Marseille)

Prottox (CAARUD Marseille)

CSAPA d'Aubagne

Dracénie (CSST, Draguignan (83))

Le Cap (CSST, Gap (05))

Point Alpha (CAARUD, Digne les Bains)

Parenthèse (CSST, Digne les Bains)

Tremplin (CSST et PAEJ, Marseille et Aix en Provence)

L'ADDAP (Association Départementale pour le Développement des Actions de Prévention)

Centre social St Gabriel (Marseille)

Professionnels de l'application de la loi

M. Vincent GRAND, Laboratoire de police scientifique

M. RIPOLL, Unité de Prévention Urbaine

M. Bruno TANCHE, délégué du procureur, TGI de Marseille

Capitaine TAHON, Police Nationale, Aix en Provence

Professionnels du champ sanitaire

Mme Sylviane THOMAS, Le Cabanon, Coordinatrice administrative

Mme Dominique BLANC, Sleep'in, Chef de service

Mme Béatrice LECOMPTE-MOUILLA, Sleep'in, Educatrice spécialisée

Dr Maguelone MONOT, Le Cabanon, Médecin

Dr Brigitte Roque, AMPTA-CSST National, Médecin

Dr Jean Hubert BOURDON, CEIP

Mme Elisabeth FRAUGER, CEIP – Oppidum

M. Patrick VIAN, Centre Puget-Corderie – Pôle addiction et pathologie, Infirmier

Dr Christophe BOULANGER, Addiction Sud, Médecin

Nous remercions vivement ces acteurs ainsi que les personnes utilisatrices ou non de produits psychoactifs, rencontrées de façon formelle (en tant qu'observateur clé) ou informelle, qui ont permis la rédaction de ce rapport.

Nous remercions l'équipe du CIRDD PACA, Bernadette BAUDET, Béatrice BESSOU, Malika BURLES, Florence CHEVALLET, Anne FERENCZI, Isabelle ROBERT, Raphaële VERDIER

Nous remercions pour les relectures, Etienne ZURBACH (CIRDD PACA / AMPTA) et Raphaële VERDIER (CIRDD PACA), Xavier THIRION (centre associé CEIP, LSP Marseille), Catherine REYNAUD (GRVS, Nice), Agnès CADET TAÏROU (OFDT) et Emmanuel LAHAIE (OFDT)

I. Présentation du dispositif Trend Marseille en 2008

Ce rapport présente les principaux résultats recueillis dans le cadre du dispositif Tendances Récentes et Nouvelles Drogues (TREND) sur Marseille et sa région en 2008. TREND est un dispositif d'enquête annuelle conduit par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies depuis 1999, actuellement dans sept grandes villes en France.

Son objectif est de « *fournir aux décideurs, professionnels et usagers, des éléments de connaissance sur les tendances récentes liées aux usages, essentiellement illicites, de produits psychotropes et d'identifier d'éventuels phénomènes émergents. Ceux-ci recouvrent soit des phénomènes nouveaux, soit des phénomènes existants non détectés ou documentés par les systèmes d'observation en place. La mise à disposition précoce d'éléments de connaissance doit permettre aux différents acteurs intervenant dans le champ (de l'usage de drogues) d'élaborer des réponses en terme de décisions publiques (et) d'activité* »¹.

Pour ce faire, ce dispositif articule un recueil de données auprès de personnes utilisatrices de substances psychoactives licites et illicites, et de professionnels du champ sanitaire et de réduction des risques, ainsi que du champ de l'application de la loi. Dans l'optique de dépeindre la variété des usages et des prises de risques, deux types d'espaces sont investigués : l'espace festif électro techno dont les participants sont, pour leur très grande majorité, en situation d'insertion sociale stable, et l'espace des structures bas seuil et de soins spécialisés qui accueille un public souvent – mais pas seulement – en situation de précarité et vulnérabilité sociale.

Se concentrant « *sur des groupes de populations (plus consommateurs) de produits psychotropes que la population générale d'âge équivalent* », ces observations « *ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la population française*² ». Néanmoins, elles permettent d'identifier les pratiques d'usage de produits, les prises de risques et conséquences sociales et sanitaires liées à l'usage, et les situations sociales et sanitaires des utilisateurs, et de mettre au jour des évolutions éventuelles.

1. Les espaces étudiés

Concernant l'espace urbain, les données ont été recueillies dans les agglomérations marseillaise et aixoise, et auprès du CSST/CSAPA d'Aubagne. Les personnes rencontrées sont des professionnels des CAARUD, des CSST, ainsi que des personnes fréquentant ces structures.

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

La distinction des utilisateurs entre espace urbain et espace festif et au sein de ces deux espaces s'appuie sur leurs caractéristiques socio-démographiques, leur situation sociale et leurs usages des produits psychoactifs. Cependant, cette typologie ne prétend ni à l'exhaustivité, ni à la pérennité, et ne donne qu'une représentation figée des utilisateurs, ne tenant pas compte de leur évolution dans l'usage, notamment des passages d'une étape à l'autre de leur trajectoire.

2. L'exploration d'un élargissement sociologique, géographique et thématique

La répétitivité du dispositif TREND constitue à la fois sa force, grâce à l'accumulation de données sur plusieurs années et un même public, mais aussi sa faiblesse en suscitant la lassitude des informateurs habituellement sollicités ou l'attribution d'un caractère de nouveauté à des phénomènes qui ne le sont pas et sur lesquels l'observation ne s'était pas attardée jusqu'à présent. D'autre part, TREND n'observe pas des types d'usages et d'utilisateurs en dehors de ceux de l'espace

¹ Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Toufik A., Evrard I., 2008, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006*, www.ofdt.fr

² Tendances n°8, février 2008, *Huitième rapport national du dispositif TREND*, www.ofdt.fr

festif techno et de ceux des structures spécialisées de RDR ou de soin. Aussi, nous avons souhaité explorer d'autres thématiques.

- **Un élargissement sociologique**

Il existe peu de données récentes sur les usages de produits dans les quartiers populaires, appelés « quartiers nord » à Marseille. Comme si, après le recul de l'héroïne dans ces quartiers à partir de la seconde moitié des années 90, on ne s'intéresse plus aux usages qui y ont cours. Or, dans un contexte de diffusion de la vente de cocaïne aux côtés du cannabis dans des lieux où les structures de prévention et de réduction des risques sont peu présentes et où les personnes en situation de vulnérabilité socio-économique sont nombreuses, leurs habitants peuvent être dans des situations de prises de risques spécifiques. Ce questionnement était aussi alimenté par le fait que certains de ces vendeurs de cannabis sont également vendeurs dans l'espace festif techno : cette fréquentation favorisait-elle l'entrée dans l'usage des produits de synthèse ?

S'intéresser à ces utilisateurs c'était aussi aller à l'encontre d'une représentation commune qui les réduit à des dealers (cupides et sans scrupules) en proposant une représentation plus complexe, comme des personnes qui usent et peuvent abuser des produits psychoactifs, et prennent des risques sanitaires. C'était également élargir l'observation des usagers habitant les quartiers populaires au-delà de ceux, principalement injecteurs et/ou utilisateurs de médicaments psychotropes et/ou de substitution, rencontrés dans les structures de soin et de RDR du centre ville.

- **Un élargissement géographique**

Nous nous questionnions également sur l'existence de spécificités dans l'usage de produits chez les utilisateurs de l'espace festif habitant dans des zones moins urbanisées. Observe-t-on des prises de risque spécifiques, liées à l'éloignement des événements festifs et la présence moins importante de structures de RDR et de soin dans les départements des Alpes de Haute Provence (04) et des Hautes Alpes (05). Cet élargissement bénéficiait en outre du fait que la responsable d'observation espace festif est originaire de Sisteron (04), connaît un certain nombre de participants à ces fêtes et trouvait ce questionnement d'autant plus pertinent que peu exploré.

- **Un élargissement thématique**

Enfin, nous avons inclus les réflexions des professionnels du soin et de la RDR sur leur pratique, en terme de difficultés rencontrées dans la relation avec les personnes accueillies, de mise en question de certaines modalités de prise en charge ou de projets à développer. En effet, ces réflexions nous apparaissent comme représentant une partie importante des données recueillies que l'on ne pouvait ignorer. Ceci, parce qu'elles constituent un matériau spécifique car explicitant les logiques d'usage, la complexité des problèmes rencontrés par les utilisateurs et les enjeux en terme de prise en charge. D'autre part, les prendre en compte c'est reconnaître plus pleinement l'expertise de ces professionnels qui dépasse la seule description de leur public et reconnaître, ainsi, l'importance de leur contribution à TREND. Toutefois, ne faisant pas partie du champ d'investigation traditionnel de TREND, ces données apparaissent en annexe (Annexe 2).

3. Les outils de recueil de données

Le recours à différents outils de recueil permet de croiser les données et de s'adapter aux conditions de faisabilité de l'enquête. Les responsables d'observation recueillent les données auprès des utilisateurs et la coordinatrice auprès des professionnels des structures.

Nous avons donc utilisé :

- ⇒ Quatre notes ethnographiques semestrielles, deux dans chaque espace – festif et urbain
- ⇒ Deux notes thématiques :
 - L'usage de Ritaline® et de Concerta® chez les utilisateurs de l'espace urbain
 - L'usage de produits psychoactifs en zone rurale chez les utilisateurs de l'espace festif

- ⇒ Un groupe focal sanitaire. Il était constitué de responsables et médecins des structures CSST et de deux CAARUD. La participation des structures (six au total, neuf participants) moins élevée que les années précédentes a été expliquée par la fréquence des réunions et rencontres auxquelles elles sont invitées et par des effectifs d'équipe insuffisants.
- ⇒ Trois entretiens individuels avec des professionnels de l'application de la loi. Le groupe focal n'a pu être réuni du fait de la nomination d'un nouveau chef de projet à la période où il était prévu, habituellement organisé en Préfecture à l'invitation du chef de projet MILDT. Il a été convenu avec notre interlocuteur, Mr LABOUZ, chargé de mission toxicomanies auprès du chef de projet, de rencontrer les professionnels de l'application de la loi dans le cadre d'entretiens individuels.
- ⇒ Quatre questionnaires qualitatifs auprès de CAARUD :
 - ASUD (Urbain, Marseille)
 - L'Elf (Urbain, Aix)
 - Le Tipi (Festif, Marseille)
 - Bus 31/32 (Festif, Marseille)
- ⇒ Entretiens avec des professionnels du soin et de la RDR hors agglomération marseillaise :
 - Equipe du CSST Parenthèse (Digne les Bains, 04)
 - Equipe du CAARUD Point Alpha (Digne les Bains, 04)
 - Equipe du CSST Dracenie (Draguignan, 83)
 - Directeur du CSST Le Cap (Gap, 05)
- ⇒ Entretiens avec des travailleurs sociaux intervenant auprès des jeunes des quartiers populaires :
 - Equipe du PAEJ Tremplin (Marseille)
 - Equipe de Prox' du Sleep'in, Sos DI (Marseille)
 - Educateurs secteur jeunes du centre social St Gabriel (Marseille)
 - Educateurs secteur jeunes du centre social Agora, ADDAP 13 (Marseille)
 - Une partie d'un entretien réalisé avec un policier de l'Unité de Prévention Urbaine intervenant dans les 3^e, 12^e, 13^e, 14^e et 15^e arrondissements de Marseille a également été intégrée.
- ⇒ Restitution des données TREND Marseille 2007, laquelle a donné lieu à des échanges riches entre professionnels de CSST, de CAARUD, du CEIP, de la Ville de Marseille et de la DDASS.
- ⇒ Nous avons également intégré des données issues de conversations informelles avec des utilisateurs et des intervenants associatifs et d'observations faites lors de la participation bénévole à des actions de RDR conduites par la Mission RDR Méditerranée de Médecins du Monde.
- ⇒ Enfin, nous avons pu nous appuyer sur notre participation à des enquêtes sur l'usage de produits psychoactifs conduites par le Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale (GRVS, Nice).

4. Précision épistémologique

« Les données Trend rendent compte de discours ponctuels, divers et parfois contradictoires sur l'usage et les usagers de substances psychoactives. Elles ne couvrent pas l'ensemble des discours, des interprétations et des faits »³. Les données présentées ne sont pas d'un statut égal en terme de fidélité au réel, entre celles rapportées par une ou deux personnes, celles constatées par plusieurs, par des usagers ou/et des professionnels.

³ Châtot F., Rapport local TREND 2005, AMPTA-CIRDD, OFDT

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

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

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

II. Synthèse : les faits marquants et/ou émergents en 2008

1. Faits marquants et/ou émergents concernant l'espace urbain

Le constat de la précarisation des personnes est renforcé cette année par la diversification des profils des personnes concernées. Cette précarisation a pour conséquence des relations plus conflictuelles entre les usagers du fait d'une baisse des ressources disponibles dans les réseaux, et une plus grande anxiété qui augmente les réactions de défense et d'agressivité notamment dans les structures qu'elles sollicitent. Cette précarisation continue de poser la question du traitement de l'hépatite C et accroît l'exposition au risque de décès (enquête DRAMES 2007⁴).

Différents acteurs observent une tendance de certains médecins ou psychiatres à avoir un recours aux médicaments psychotropes ou de substitution qui leur semble injustifié pour certains de leurs patients. Sont également évoqués des cas d'administrations trop élevées de neuroleptiques lors d'hospitalisations en service psychiatrique ou en cure, qui rendent impossible le travail psychothérapeutique. Ces pratiques médicales ne sont pas sans conséquence sur le plan sanitaire et des relations entre usagers et professionnels du droit commun. Pour les professionnels qui les évoquent, ces pratiques s'expliqueraient par une tendance à réguler les problèmes psychologiques induits par l'usage de drogues et la situation de précarité, par l'administration de médicaments.

Plusieurs acteurs signalent une amplification des humiliations publiques et des emprisonnements d'usagers en lien avec des réactions de violence verbale, voire physique, suite à des épisodes de décompensation ou des prises abusives de produit dans l'espace public. Ces conduites sont interprétées comme troubles à l'ordre public ou insulte à agent. Plusieurs CAARUD constatent une présence policière accrue aux abords des structures ou dans leur travail de proximité. Ceci est perçu comme nuisant gravement à la relation de confiance avec les usagers et à la prise du matériel de RDR (crainte d'une arrestation). Ce serait significatif d'un changement dans les relations de travail entre la police et les associations à Marseille.

Les personnes jugées pour ILS sont en meilleure insertion sociale que les années précédentes. Ils tendent à juger les sanctions pénales comme disproportionnées, ce qui alimente un discrédit du bien fondé de la loi et des acteurs chargés de son application.

Enfin, est regretté le délitement des réseaux constitués de professionnels du soin et de pharmaciens.

2. Faits marquants et/ou émergents concernant l'espace festif

Cette année nous proposons des critères de distinction des pratiques d'usage dans l'espace festif en terme de génération, en fonction de l'âge de l'utilisateur, du contexte culturel de socialisation (du rapport) aux risques liés à l'usage, avec comme moment nodal l'arrivée des interventions de réduction des risques de type associatif (1995-1996), et enfin de l'espace festif privilégié.

Le rajeunissement du public dans les deux espaces festifs se confirme avec l'augmentation de la proportion de participants de moins de 25 ans dans les événements, notamment de mineurs. Ceci est concomitant de la moindre présence des participants plus âgés. Or, cela implique un affaiblissement de la transmission de savoirs sur l'usage auprès des plus jeunes, mais également des valeurs d'autosupport, d'entraide et d'échange qui participent de la sécurisation des prises de produits⁵. Elle signifie également une moindre transmission du sens festif et positif de l'usage qui l'inscrit dans les limites de la fête et de la sociabilité du groupe de pairs et implique le maintien d'un certain niveau de conscience même modifiée – et non altérée – du réel.

⁴ AFSSAPS, CEIP- Addictovigilance, Résultats de l'enquête 2007, fév. 2009, « L'enquête DRAMES (Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances) a pour objectifs de recueillir les cas de décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives, d'identifier les substances impliquées (médicament ou drogue illicite), d'évaluer leur dangerosité et d'estimer l'évolution du nombre de ces décès.. (...) En 2007, 18 services dont 15 laboratoires, 1 service d'urgences médico judiciaire et 2 CEIP réalisant des analyses toxicologiques ont participé à l'enquête (versus 16 services en 2006 et 6 en 2005) ».

⁵ Hoareau E., 2005, *Recherche-action sur la réduction des risques liés à l'usage de substances psychoactives dans les espaces festifs techno de la région PACA en 2003-2004*, GRVS, Direction de la Santé Publique de la Ville de Marseille, Aides-Paca, Le Tipi

On observerait dans la nouvelle génération (17-23 ans) un changement dans la définition du sens de l'usage qui serait plus orienté vers « la défonce » comme recherche de rupture avec le réel. Ceci serait illustré et alimenté, dans l'espace festif commercial, par une diversification de l'offre de produits et un délitement de la logique d'usage hédoniste, et, dans l'espace alternatif, par le recul de la référence à la notion de réduction des risques et à la notion d'autosupport. En effet, du fait de l'éclatement de la scène festive et donc de la couverture d'un moindre nombre d'événements par les CAARUD festifs, la génération de participants et d'organiseurs arrivés après 2002 (17-25 ans), ignorerait plus souvent le principe de la réduction des risques et seraient moins dans une recherche d'informations sur les risques. Ceci n'est pas sans conséquences sur la représentation des risques.

A cela s'ajoute la recherche d'expérimentation et le sentiment d'invulnérabilité propre à cette période de la vie (16-25 ans) qui participe également, chez une partie au moins de la nouvelle génération, d'une évolution vers un sens de l'usage qui, en se détachant d'une symbolique festive/ de sociabilité et en s'inscrivant dans le *no limit*, tend à accroître les prises de risque.

3. Faits marquants et/ou émergents concernant les produits psychoactifs

- Les opiacés

Globalement, à Marseille, la disponibilité d'héroïne serait constante mais en petite quantité. Dans le public des CAARUD il s'agit principalement d'héroïne brune ; l'héroïne blanche, rare, est disponible dans des milieux aisés. Au second semestre, est disponible une héroïne plus dosée car mal synthétisée (présence de 6-acétyl-morphine). Le prix plus bas dans l'espace festif illustre peut être une stratégie de promotion des réseaux de trafic et la difficulté d'y intéresser les utilisateurs de cet espace. Six profils d'utilisateurs sont repérés dans les deux espaces confondus. On note un retour d'usagers stabilisés vers ce produit, déçus par les traitements de substitution, dont certains dans une stratégie de sevrage de la méthadone.

Sur Marseille, le Subutex® fait partie des trois produits les plus utilisés avec la cocaïne et l'Artane®. La voie d'administration du princeps est à relier avec le degré de précarité sociale, sanitaire, relationnelle et psychologique de l'utilisateur. Le générique Arrow® se retrouve plus facilement au marché noir qu'en 2007. Son utilisation ne semble pas massive bien que la majorité des utilisateurs l'aient expérimenté ; les avis restent paradoxaux quant à ses effets. Les conséquences sanitaires liées à son injection seraient moins fréquentes.

Les intervenants RDR soulignent le manque d'accompagnement par les équipes soignantes dans le passage du Subutex® princeps au générique et déplorent les conditions d'obtention drastiques de la méthadone gélule, qui rendent difficile son évaluation.

- Les stimulants

A Marseille, la disponibilité de cocaïne reste constante en tous lieux de l'espace urbain et de l'espace festif. Sa qualité et le rapport qualité prix restent aléatoires. Dans l'espace urbain, il y a les occasionnels, qui l'utilisent dans une logique d'« extra » et les « accros » qui en prennent dès qu'ils disposent d'argent. Elle tendrait à remplacer le MDMA dans le milieu festif commercial et le speed dans le milieu festif alternatif. A noter que la diffusion commence à concerner les habitants des quartiers populaires de Marseille, plutôt jeunes (16-25 ans) et peu touchés par les actions de réduction des risques. Un CAARUD situé dans les quartiers aisés commence à accueillir des personnes venant pour un usage problématique de cocaïne corrélé à une pratique pathologique des jeux d'argent. Le free base est pratiqué par une minorité d'utilisateurs de l'espace festif et des squats.

Phénomène nouveau, l'ecstasy ne serait pas toujours disponible à la vente, et serait progressivement supplanté par le MDMA (poudre, gélule, cristal). En relation avec le constat des utilisateurs d'une baisse de qualité des comprimés et des gélules ces dernières années, il est observé une augmentation des quantités prises.

Dans l'espace festif alternatif, certains informateurs ont l'impression que la disponibilité des amphétamines baisse et qu'elles seraient plus coupées qu'auparavant.

Les amphétamines et la cocaïne seraient de plus en plus souvent prises en première expérimentation : elles sont considérées par les plus jeunes comme des drogues de seconde catégorie car elles ont des effets peu modificateurs et plus faciles à gérer.

- Les hallucinogènes

Il n'y a pas de changement notable observé concernant la vente et l'usage de LSD, des champignons et des plantes hallucinogènes. Sinon, le fait que le caractère aléatoire du dosage de LSD serait accru, augmentant les risques psychologiques associés (Bad trip, décompensation psychiatrique).

Si certains informateurs disent la disponibilité de kétamine constante dans l'espace alternatif, d'autres observent qu'elle « explose » depuis trois ans, particulièrement dans l'espace commercial. Cette observation est à relativiser par le rajeunissement de ces utilisateurs qui rendent plus visible son usage (moindre maîtrise des dosages et des effets). Etant donné qu'il existe un effet dose important, différents usages sont pratiqués : la diffusion de son usage ne signifie donc pas que tous les usagers cherchent la déstabilisation cognitive complète, le « K-Hole »⁶ et prennent les mêmes risques. Pour la première fois, elle serait disponible sous forme de cristaux, dont les effets seraient plus intenses.

Quant au GHB, l'augmentation de sa disponibilité dans les usages, mais pas dans les ventes, est notable dans l'espace festif commercial, mais en quantités inégales et plus souvent sur des événements relativement importants. Dans l'espace festif alternatif, son utilisation est anecdotique et il n'y aurait pas de vente. L'usage de ce produit concernerait surtout les plus jeunes utilisateurs⁷. Le principal risque sanitaire est son association apparemment systématique à l'alcool.

- Les médicaments psychotropes non opiacés

Il n'y a pas de changement majeur concernant ces médicaments. Les professionnels s'alarment par contre quant à l'usage de l'Artane® et de la Ritaline®, utilisés essentiellement par les bénéficiaires du bas seuil rencontrant le plus de difficultés et notamment des femmes. Si sa disponibilité n'évolue pas sur le marché noir ; certains informateurs notent que le nombre d'utilisateurs d'Artane® augmente cette année. Il est perçu, tant par les professionnels que par les utilisateurs, comme le médicament psychotrope induisant le plus de prises des risques (accident, agression, décompensation).

- Alcool et cannabis

A Aix en Provence, apparaîtrait le fait que des jeunes issus de quartiers populaires, louent une chambre d'hôtel pour consommer ces deux produits ; ceci appelle des observations plus précises. Quant à la pratique du *binge drinking*, certains intervenants se méfient de la médiatisation actuelle d'une pratique qui leur paraît ancienne. Par contre, ils signalent le développement d'une alcoolisation régulière, de plus en plus associée à des boissons stimulantes type *darkdog*® chez les plus jeunes. Différents professionnels s'alarment d'une expansion de l'usage de cannabis chez les 13-15 ans ; les résultats récents de certaines enquêtes invitent à questionner et étayer ces observations.

- Produits rares et nouveaux produits

Le 2-CB reste présent de façon ponctuelle sous la forme d'ecstasy ou de gélule.

Au second semestre, est remarqué l'usage de kratom chez des utilisateurs de l'espace urbain. Il est difficile de dire si cela reste une disponibilité ponctuelle et anecdotique – hypothèse la plus probable -, où l'émergence d'un nouveau produit dans les usages.

Pour la première fois, est signalé l'usage de méthylone par un utilisateur de l'espace festif alternatif, qu'il perçoit – comme il lui a été vendu – comme un mélange de MDMA et de cocaïne. Dans la mesure où il y a une confusion sur sa nature, il est difficile d'évaluer sa disponibilité.

⁶ Le K-Hole désigne le trou noir induit par la prise de kétamine à haute dose, soit un coma.

⁷ Ce n'est sans doute pas le cas dans le milieu festif gay où les utilisateurs sont âgés entre 18 et 45 ans.

4. Focus spécifiques

- Les usages dans les quartiers populaires de Marseille

On peut distinguer différentes catégories d'usagers : la « vieille » génération des injecteurs (plus de 40 ans), des personnes plus jeunes (entre 25 et 35 ans) qui consomment essentiellement alcool, médicaments psychotropes et cannabis, les consommateurs de cannabis et alcool âgés entre 17 et 30 ans qui représentent la majorité, des injecteurs d'une vingtaine d'années, et des femmes, consommant essentiellement des médicaments psychotropes.

Comprendre le sens de l'usage, la représentation des produits et les facteurs de vulnérabilité liée à l'usage ou à l'implication dans le trafic dans ces quartiers, suppose de prendre en compte des dynamiques complexes entre interconnaissance élevée et risque de stigmatisation et d'isolement, évolution des rapports intergénérationnels, histoire de l'usage de drogues, tabou et mythes autour des produits et, bien sûr, les difficultés socio économiques plus importantes et cumulées que dans des quartiers où résident des milieux sociaux plus aisés.

- Les usages dans les zones rurales

Dans les Alpes de Haute Provence, les Hautes Alpes et le Var, les pratiques d'usage festives sont relativement similaires aux zones plus urbanisées, d'autant que nombre d'utilisateurs se rendent dans les mêmes événements que ceux de l'agglomération marseillaise. On repère des profils d'utilisateurs plus vulnérables que d'autres, notamment les personnes en situation d'errance et de grande précarité (16-35 ans) et les anciens injecteurs venus « se mettre au vert » (plus de 35 ans). La précarisation des personnes reçues en centre de soin spécialisé ces deux dernières années est observée comme ailleurs ; les demandes d'aide sociale précédant de plus en plus souvent les demandes de soins.

On repère des facteurs de vulnérabilité plus ou moins spécifiques à ces zones : isolement et désœuvrement, interconnaissance élevée impliquant risque de stigmatisation et repli sur soi, insuffisance des dispositifs de réduction des risques, pourtant nécessaires aux plus fragiles pour *bifurquer* avant de se retrouver dans un usage addictif, éloignement des structures de soins spécialisés qui complique les suivis individuels. En même temps, des files actives plus petites, une plus grande interconnaissance des professionnels, une meilleure circulation de l'information permettent une plus grande réactivité des prises en charge et un meilleur suivi psychothérapeutique indispensable à leur efficacité par rapport à ceux conduits dans les grandes agglomérations.

- L'usage de Ritaline® chez les usagers de l'espace urbain

Le nombre d'utilisateurs de Ritaline® augmente depuis 2006 ; il est disponible dans la vente de rue depuis le début de l'année 2008. Les utilisateurs sont essentiellement ceux en situation de grande précarité, mais aussi des utilisateurs en situation sociale plus stable qui ont connu les amphétamines et l'Orténal®. Les femmes sont particulièrement représentées.

La voie d'administration la plus fréquente est l'injection ; plusieurs types de préparation sont décrits. Cet usage se caractérise par la compulsion des prises dont la répétitivité serait plus élevée que celle de la cocaïne. Ceci accroît d'autant les risques liés à l'injection (partage du matériel, lésions dermatologiques, réutilisation de la seringue). Ainsi, sont signalés d'importants abcès dus à un moindre recours au Stérifilt® chez ces utilisateurs, une dégradation rapide du système veineux et un risque d'accident cardio-vasculaire. Les risques et conséquences psychologiques sont aussi décrits comme plus marqués qu'avec la cocaïne : mal être/ agressivité en descente, apparition et/ ou augmentation d'effets paranoïaques voire de psychoses, états dépressifs. Est également évoqué un syndrome de sevrage caractérisé par la souffrance physique et un état dépressif.

Des prescriptions obtenues auprès de quelques médecins se feraient dans une stratégie de traitement de substitution à la cocaïne. Toutefois, ce type d'usage conviendrait surtout à des utilisateurs stabilisés, bien accompagnés par leur médecin et avec un aménagement de pauses dans les prises.

Pour les professionnels, l'injection de Ritaline® pose à la fois la question du discours de RDR sur les risques liés à l'injection et celle de la gestion des états psychologiques et des conduites qu'il induit, notamment à l'intérieur des structures, les personnes devenant 'incontrôlables'. Ils soulignent également que le contrôle des prescriptions ne règle pas le problème de la dépendance et du manque, ni celui des comportements dépressifs ou agressifs, voire violents, induits par ce médicament.

III. Approche transversale des usages de substances psychoactives

1. Les utilisateurs de l'espace urbain

- Diversité des profils d'usagers dans les structures bas seuil

Ces personnes, principalement des hommes, sont âgées pour la plupart entre 30 et 40 ans, une minorité est plus âgée (plus de 50 ans) et une autre plus jeune (26-30 ans). Il nous semble pouvoir distinguer trois grands profils socio économiques :

- des personnes en très grande précarité : sans logement personnel, sans suivi médical, souvent sans droits ouverts au RMI, Sécurité sociale..., avec une alimentation irrégulière et souvent des problèmes de santé qui se sont aggravés faute de soins ;
- des personnes en situation de précarité mais plus ou moins stabilisées : elles disposent d'un logement personnel ou d'un hébergement par un proche ou d'un habitat en squat relativement pérenne, des ressources financières régulières bien que peu élevées, liées à une situation de handicap (VHC, VIH, incapacité partielle induite par un accident de travail), à l'occupation passée d'un emploi (ASSEDIC) ou, plus souvent, à l'inactivité professionnelle (RMI) ;
- des personnes, une minorité, dans une situation sociale stable grâce à la disposition d'un logement personnel et parfois l'occupation d'une activité professionnelle, et ayant un état de santé relativement préservé par un mode de vie stable et le suivi des traitements médicaux dont ils peuvent avoir besoin.

Au niveau des usages, différents groupes peuvent être identifiés à partir de la dimension générationnelle :

- « *les flamboyants* », les plus anciens (plus de 40 ans) ne sont plus que quelques uns – les autres sont morts. Le terme de « flamboyants » utilisé par le Sleep'in exprime qu'ils ont survécu malgré tout aux produits, à la vie à la rue, à la malnutrition, au manque de soins, aux hépatites. Flamboyants aussi parce qu'initiés dans les années 1970-1980 aux produits aujourd'hui mythiques qu'étaient l'héroïne et la morphine avant que leur qualité ne se dégrade nettement à partir du début des années 90. Aujourd'hui, ils injectent le Subutex®, et, lorsqu'ils en ont les ressources, de l'héroïne – plutôt ? - ou de la cocaïne ;
- Les *injecteurs stabilisés* (30-40 ans) ont pratiqué l'injection au cours des années 90, essentiellement de produits opiacés (héroïne, Temgésic®, codéine, morphine), mais aussi des médicaments. La plupart d'entre eux suit un traitement de substitution - ils fréquentent de fait aussi les CSST - en s'accordant un extra (injection occasionnelle) de temps en temps au cours du mois, notamment lors d'une occasion festive. Dans ce profil, on peut aussi inclure des personnes en cours de stabilisation – mais dont la situation sociale ne l'est souvent pas encore : elles suivent un traitement de substitution de façon irrégulière, désorganisée tout en poursuivant leur consommation de produits illicites ;
- Les *injecteurs de tous produits* « par défaut » (25 à 35 ans) ont généralement été initiés à l'injection avec le Subutex® avant l'héroïne et consomment tous types de produits, soit en injection (Subutex®, héroïne, cocaïne, amphétamine), soit en ingestion (alcool, benzodiazépines). Asud Mars Say Yeh parle de « *consommation du pauvre* », autrement dit d'une polyconsommation à l'opportunité, en fonction des ressources et des produits disponibles. Cette *consommation de(s) pauvres* s'expliquerait moins par une indifférence au « *flacon pourvu qu'il y ait l'ivresse* », que par l'absence d'un produit accessible, induisant les effets escomptés sur le plan qualitatif et de l'intensité – en l'occurrence l'héroïne ou la cocaïne -, au point de lever aux autres substances leur attractivité. Or, cette « consommation à défaut de » a plusieurs conséquences : démultiplier les prises de risques, complexifier la prise en charge de l'addiction et alimenter la stigmatisation des usagers comme complètement assujettis à la recherche de « défonce » - ce terme discréditant la notion de prédilection pour une classe de produits psychoactifs.

- « *la triste*⁸ *génération* », plus jeune (20-30 ans) et peut être plus souvent issue des milieux paupérisés, a été initiée au Subutex®, après ou avant avoir commencé une consommation de benzodiazépines (Artane®, Ritaline®, Rivotril®, Seresta®), en association avec une prise d'alcool élevée pour potentialiser les effets. Généralement, ces personnes ne pratiquent ni l'injection ni le sniff mais fument beaucoup de tabac, sans forcément fumer beaucoup de cannabis (souvent considéré comme trop cher au regard des effets). Dans ce groupe, se mêle d'anciens injecteurs qui ont complètement ou presque arrêté l'injection et suivent un traitement de substitution, mais ont par contre une consommation addictive d'alcool, parfois associée à une importante consommation de cannabis.

- Les *jeunes errants* (16 et 25 ans) vagabondent de ville en ville, de squats en squats, sont souvent en rupture de lien avec leur famille et n'ont aucune, ou presque, activité professionnelle. Depuis deux ans environ, il semble qu'ils soient plus présents dans les agglomérations marseillaise et aixoise.
Ils consomment « *un peu tout et n'importe quoi* », selon les opportunités : Subutex®, benzodiazépines et alcool en grande quantité, occasionnellement les produits du milieu festif techno (speed, LSD, cocaïne). La majorité recourt au sniff ; une partie d'entre eux, difficile à estimer, pratique l'injection. La plupart ont été initiés aux produits illicites dans l'espace festif alternatif, qu'ils ne fréquentent aujourd'hui plus qu'occasionnellement, tout en continuant pour certains, à se considérer comme des teufeurs – définition identitaire plus positive que celle de « tox » ou de « SDF ».
Or, il semble qu'ils « *n'ont pas le même rapport à la défonce que les plus âgés* » : non seulement ils n'ont pas été initiés par les plus expérimentés, mais ne sont pas dans une recherche d'information sur les produits, les techniques de prise, notamment d'injection, les interactions et les risques auprès des utilisateurs plus expérimentés. Au contraire, ils revendiquent leur pratique de « *défonce* » dans une tonalité provocatrice mais ils l'investissent en outre comme un marqueur identitaire. L'usage comme composante de l'identité s'observe souvent chez les utilisateurs de substances illicites, mais elle est rarement conçue comme principale mais secondaire, par rapport aux traits de personnalité et à d'autres pratiques socio-culturelles. Chez ces utilisateurs, il prend un caractère essentiel et se prolonge dans la revendication d'une marginalité et d'une attitude de rejet fort des institutions et des structures. Cette attitude est en rupture également avec celle de leurs aînés qui, même en situation de déshérence familiale, d'absence de soins et de ressources, savent solliciter structures et institutions quand ils en ont besoin et ont acquis des ressources pour ce faire.

- Se distinguant des jeunes de la catégorie précédente par leur sédentarité et l'occupation d'une activité professionnelle, même irrégulière, apparaissent dans les files actives des CAARUD, des jeunes en situation de précarité du fait de revenus faibles. Ne fréquentant pas forcément l'espace festif, ils présentent des niveaux d'usage élevés, les produits étant principalement l'alcool et le cannabis, ceux de l'espace urbain (Subutex®, benzodiazépines) et occasionnellement ceux de l'espace festif.

- « Les étrangers » plus souvent issus des pays de l'est que des pays du Maghreb, leur situation est souvent spécifiée par l'absence de régularisation de leur présence en France. Chez les Maghrébins, il s'agit plutôt de benzodiazépines. A Aix, il s'agit principalement de Polonais dont certains sont présents sur la ville depuis de nombreuses années et vivent dans un entre soi en squat. Certains ont une consommation principalement tournée vers l'alcool, d'autres principalement vers l'injection, notamment d'amphétamines.

Les niveaux d'usage de produits et les prises de risques semblent proportionnellement inverses à la stabilité de la situation sociale et aux possibilités de soin qu'elle permet. Ceci n'est toutefois pas systématique : des usagers en situation stabilisée peuvent avoir des niveaux d'usage élevés et des prises de risques conséquentes.

⁸ « Triste » parce qu'elle n'a pas connu les sensations particulières induites par les opiacés et a du « se contenter » des médicaments dans un contexte de baisse de disponibilité de l'héroïne en fin des années 90

- Les personnes fréquentant les centres de soin

Si le profil socio démographique semble peu différer de celui des bénéficiaires des structures bas seuil ; les bénéficiaires des CSST sont globalement dans une meilleure situation socio économique et travaillent plus souvent, indicateurs et supports d'une meilleure gestion de l'usage, notamment dans le sens de sa réduction. Ainsi, selon l'enquête OPPIDUM⁹ réalisée en octobre 2007, sur 340 personnes, 35% ont une activité professionnelle, sur 334 personnes, 44% ont des revenus réguliers, et sur 331 personnes, 67% ont un logement stable.

En s'appuyant sur la typologie des publics du bas seuil, celui des CSST est sans doute principalement constitué des « *injecteurs stabilisés* » ou en cours de stabilisation ; une minorité d'« *injecteurs de tous produits par défaut* », dont certains issus de « *la triste génération* », quelques « *flamboyants* » et quelques « *jeunes errants* » doivent également être présents. Une partie d'entre eux ne fréquentent plus du tout les structures bas seuil où ils rencontrent des personnes leur renvoyant l'image qu'ils ont pu être ou failli être il y a quelques années ; d'autres les fréquentent occasionnellement tout en se distinguant des usagers les plus en difficultés ; d'autres encore les fréquentent assidûment, ne s'identifiant pas encore à une personne « sortie » de l'usage.

Enfin, est confirmée ce qu'évoquaient certains professionnels les années précédentes : à savoir l'arrivée de personnes qui ont suivi des traitements de substitution et reviennent au centre de soin parce qu'elles se découvrent une dépendance à la cocaïne. D'autres, cela est moins nouveau, reviennent pour une dépendance à l'alcool. Or, en plus de la difficulté pour elles de se retrouver dans une situation déjà connue, elles refusent de recommencer le parcours de soin.

► Tendances dans l'espace urbain

- La diversification des profils de personnes en grande précarité

Le constat d'une précarisation des bénéficiaires des structures bas seuil et de soin est renouvelé cette année avec une diversification des profils des personnes accueillies ou rencontrées dans le travail de rue. Ainsi, ASUD constate l'arrivée de nouveaux usagers de drogues mais également de personnes en situation irrégulière ou qui se retrouvent brutalement à la rue suite à la perte de leur emploi. S'observe également une dégradation dans l'accès aux droits sociaux : COTOREP, AAH, RMI sont souvent supprimés brutalement sans que les administrations procèdent à des remplacements par d'autres prestations. Les personnes se retrouvent ainsi sans revenus pendant plusieurs mois, fragilisant celles qui sont dans une démarche de stabilisation.

Certains professionnels signalent l'apparition de jeunes en situation de rupture familiale et de grande précarité : sans logement, sans ressources car ne travaillant pas, qui consomment quotidiennement, notamment de l'alcool. S'ils sont dans le cercle vicieux de la rue (pas de ressource donc pas de logement, donc pas de travail...), il semble qu'ils ne se confondent pas avec les jeunes errants, qui revendiquent un mode de vie alternatif, nomade et plus ou moins en lien avec le milieu des squat et celui des rassemblements festifs techno. Ceux là sont plus isolés et semblables aux personnes qui subissent leur situation d'exclusion depuis des années. Leur jeune âge, mais également un niveau de qualification faible, expliquerait en partie leur situation.

Cette précarisation n'est pas sans conséquence sur les relations sociales, l'accès aux soins et aux droits sociaux. D'une part, comme l'observe ASUD, du fait d'une baisse des ressources disponibles dans les réseaux d'usagers simultanément à l'augmentation apparente de personnes pratiquant la mendicité à Marseille, accroissant une concurrence entre elles : les pratiques de partage, d'échange, de service, de dons et contre dons, indispensables à la survie sont compromises. D'autre part, la précarité génère une anxiété et une tension permanentes chez les personnes, qui ont peut être tendance à réagir plus violemment que d'habitude envers les personnes qu'elles côtoient régulièrement (proches, usagers, intervenants de RDR) et face à des attitudes d'incompréhension ou de discrimination qu'elles peuvent rencontrer dans les services sociaux ou les structures de soin. Ce qui complique leur accompagnement social et leur accès aux soins.

⁹CEIP de Marseille, OPPIDUM, Résultats par centre de l'enquête 19 (Oct. 2007), juin 2008

Dans un contexte où les centres d'hébergement sont saturés ou souvent refusés par les personnes, apparaissent des stratégies extrêmes. Aussi, certaines se mettent dans des états de décompensation psychiatrique à l'aide de produits psychoactifs, afin d'être envoyées en hôpital psychiatrique où elles peuvent se reposer, s'alimenter convenablement, bénéficier d'un traitement médical et d'un environnement sécurisé. Cela conduit à poser la nécessité pour une personne sans logement qui initie un traitement de substitution de pouvoir accéder à un appartement thérapeutique.

Aussi, la proportion de décès liés aux conditions de vie chez les personnes usagères de drogues serait en augmentation par rapport à ceux liés au VHC ou à la prise de produits (overdose, interaction) : ils seraient plus souvent dus à une pathologie (foie, poumons) non soignée. ASUD constate une augmentation du nombre de décès cette année et prévoit « *une hécatombe en 2009* ». Les résultats de l'enquête DRAMES¹⁰ conduite en 2007 illustrent cette précarisation des utilisateurs de substances psychoactives. En effet, « *Il est observé moins de découvertes à domicile (53% versus 65%) et davantage de découvertes dans d'autres milieux dits de « substitution au domicile » (squat, hôtel, voiture, foyer, tente, etc) (24% versus 15%)* ».

- **La question du traitement de l'hépatite C chez les utilisateurs les plus précarisés**

Il semble qu'en 2008, à Aix comme à Marseille, peu d'usagers du bas seuil aient fait une démarche d'accès au traitement de l'hépatite C. Pour nombre d'entre eux, l'instabilité du mode de vie et/ou l'absence de logement rendent quasi impossible le suivi régulier d'un traitement. Certaines personnes craignent que le traitement, puis la guérison, induise une perte de leur statut AAH et les contraignent à travailler alors qu'elles ne se sentent plus en mesure physiquement et psychologiquement d'assurer une activité professionnelle. Cette peur est alimentée par la pression administrative qui conditionne la perception du RMI à une démarche d'insertion professionnelle. Enfin, les traitements pour l'hépatite C sont mal perçus du fait de leurs effets secondaires que nombre d'usagers ne veulent pas et n'estiment pas être en mesure de les supporter, notamment la fatigue et les changements d'humeur de type dépressif ou agressif.

- **La difficulté du renoncement à l'injection**

Cette question est loin d'être nouvelle, mais elle est revenue à plusieurs reprises cette année lors de différentes occasions, justifiant, selon nous, une attention particulière.

La difficulté à renoncer à l'injection est évoquée souvent et par de nombreuses personnes rencontrées dans les structures bas seuil et les CSST. Toutefois, ce constat ne peut être généralisé à l'ensemble des personnes qui suivent un traitement de substitution. Les professionnels soulignent le tabou et les attitudes de déni quant à cette poursuite de l'injection, notamment dans les CSST, qui compliquent l'élaboration d'une relation de confiance nécessaire à la mise en œuvre d'un accompagnement adapté à la personne. Chez les usagers qui ne sont pas encore dans une démarche de soin ou la débutent, la poursuite de l'injection ne pose pas question de la même façon.

Selon un médecin de CSST, la poursuite de l'injection trouverait deux explications pouvant être concomitantes : l'addiction au geste et l'attachement au rituel d'une part, le sous dosage d'autre part. L'idée d'une addiction au geste est illustrée par le fait que si le Subutex® est souvent décrié par les usagers comme n'empêchant pas la poursuite de l'injection, le traitement Méthadone ne l'empêche pas non plus. Les personnes qui suivent un TSO, ont recours ponctuellement à une prise en injection dans un moment de profond mal être. Ce médecin remarque qu'il s'agit généralement de personnes auxquelles il a été prescrit un dosage insuffisant de BHD ou, ce qui peut revenir au même, un fractionnement des prises dans la journée. N'ayant pas un dosage suffisant, en cours de journée, elles ressentent le manque et le mal être. « *Si on change le dosage, on l'augmente à 8mg en une seule prise au lieu de 0.4 ou 2 mg fractionnés, le recours au shoot s'arrête car la personne ne ressent plus de manque. (...) En tous cas, l'injection c'est pour être moins mal. Mais souvent les médecins ont une méconnaissance de la pharmacocynétique des opiacés et de la diversité des réactions physiologiques individuelles à la BHD* ».

¹⁰ Op. Cit.

La pratique de l'extra, en injection ou non, n'est pas contradictoire avec le souhait de la personne de cesser sa pratique addictive et de changer de style de vie. La prise de produit psychoactif hors cadre thérapeutique ne recouvre pas seulement, parfois pas du tout, la signification d'une pause dans le suivi rigoureux et parfois difficile d'un TSO. Elle n'est souvent pas prévue et survient souvent lorsque la personne ressent un profond mal être et/ou une grande anxiété, que le désœuvrement, l'instabilité sociale, la solitude, des soucis et/ou la sensation de manque ont induit. Les effets recherchés sont à la fois le soulagement de la sensation de manque et l'apaisement de l'anxiété qui l'accompagne. L'extra peut être circonscrit dans le temps à une soirée ou s'étaler sur plusieurs jours : jusqu'à ce que la personne se sente soulagée, qu'elle ait pu *contenir* et retrouver le contrôle de ses émotions et pensées négatives grâce au rituel et aux sensations procurées par l'injection.

- Des pratiques policières moins orientées vers la prévention

- o Une tendance à l'amplification de la violence symbolique dans l'espace public envers les usagers de drogues les plus précaires

Différents professionnels signalent que le rôle répressif de la police s'est accentué ces derniers temps, dans le contexte de la mise en place des Unités Territoriales de Quartier (UTeQ) – remplaçant l'ancienne police de proximité - dont les missions seraient moins orientées vers la médiation et la prévention que vers la surveillance et l'interpellation. Les données de l'Observatoire National de la Délinquance (OND), entité dépendant du ministère de l'intérieur, tendent à le confirmer. Entre 2003 et 2008, le nombre de gardes à vue et de mises en cause liées à une infraction à la législation sur les stupéfiants aurait augmenté de 38,8%¹¹.

Durant l'été notamment, les contrôles auraient été plus nombreux qu'en 2007 ; ils conduiraient en hôpital psychiatrique (?), en garde à vue, ou au centre de rétention. Les différents CAARUD marseillais soulignent l'augmentation du nombre de personnes incarcérées par rapport à la même période en 2007. Elles auraient particulièrement augmenté pour les utilisateurs les plus âgés, les plus fragiles, les plus malades, parfois sur le plan psychiatrique, qui, jusqu'à présent étaient « *passés à travers les mailles du filet de la justice pendant des années* ». Elles sont ainsi mises en relation avec l'application du principe de la peine plancher (dernier trimestre 2007). Les intervenants soulignent surtout les conséquences de ces incarcérations : arrêt des traitements, interruption des démarches, perte de droits, détérioration de l'état de santé...

Les motifs de ces incarcérations seraient rarement liés à des ILS. Il s'agirait essentiellement de situations où la personne se trouve en état de décompensation psychiatrique, ou ne gère plus sa prise de produits et/ou est poussée à bout par la conduite d'un pair, d'un inconnu ou d'un agent de police. Ces épisodes seraient qualifiés de « trouble à l'ordre public » ou « insulte à agent ». L'observation du profil des personnes interpellées pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) que l'on retrouve en correctionnelle le confirme : elles sont généralement en meilleure insertion sociale que celles interpellées auparavant.

Selon certains acteurs, cette répression s'inscrirait dans la volonté d'éloigner de certains quartiers du centre ville les utilisateurs les plus précarisés. Les humiliations en public seraient en augmentation : agressivité et brutalité injustifiées, sac vidé au sol en pleine rue, insultes, ordre de « quitter les lieux ». « *Etre assis sur un banc est devenu un délit* »¹². A Aix en Provence, où les personnes de passage sont plus nombreuses qu'à Marseille, des structures venant en aide aux personnes en grande précarité (Médecins du Monde, collectif Germain Nouveau¹³ et le Service Accueil et Orientation (SAO) du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)) ont été 'invitées' à quitter le centre ville et à se regrouper dans un « Pôle Humanitaire » situé à la périphérie. Présenté par la municipalité comme permettant de mutualiser leurs moyens et d'accélérer l'accès aux droits, il est suffisamment excentré pour que les bénéficiaires limitent leurs allers-retours et leur présence dans le centre ville très touristique. Certains interprètent ce projet comme le résultat de la doléance des comités d'intérêt

¹¹ Jacquy Durand, « Mini délits et maxi chiffres pour la police. Délinquance. Fumeurs de shit et sans papiers gonflent les statistiques », *Libération*, 13 mai 2009

¹² Priez S., Note semestrielle (Janvier-juin) 2009, TREND Marseille

¹³ Halte de jour pour personnes sans domicile et en grande difficulté sociale

de quartier pour des centres ville « propres », que certains élus ont relayée dans leurs promesses électorales.

- Présence policière inhabituelle aux abords des CAARUD

A Marseille, différents CAARUD ont vu des agents de la Brigade Anti Criminalité (BAC) surveiller d'un véhicule banalisé les allées et venues dans la structure, ou les suivre lors de leur travail de proximité, notamment dans les squats. Lors de la rencontre nationale de l'Association Française de Réduction des Risques (juin 2008), des intervenants venant de différentes villes ont également dénoncé des attitudes injustifiées : interpellation d'intervenants de CAARUD ayant du matériel de RDR sur eux, tentatives d'entrée dans les structures, présence de fourgon de police à proximité.

Les intervenants de première ligne interprètent la baisse de prise de matériel dans les automates, autant par la baisse du nombre d'injecteurs que par la crainte d'un contrôle policier (matériel RDR comme indice d'ILS) et des humiliations qui peuvent l'accompagner. D'ailleurs, la prise de matériel reste stable voire augmente dans les PES associatifs. Ce moindre recours aux automates laisse supposer des pratiques de partage de matériel plus fréquentes... A l'intérieur même des CAARUD, le contact avec certains usagers serait aussi plus difficile : ils prennent leur matériel et repartent aussitôt.

Ces attitudes policières envers les usagers de drogues illicites les plus fragiles et envers les intervenants associatifs n'avaient plus vraiment été observées depuis le début de la mise en oeuvre de la politique de RDR. Elles sont regrettées comme nuisant gravement au travail auprès des usagers et perçues comme significatives d'un changement « d'ambiance », d'une perte du travail en complémentarité – toute proportion gardée - entre la police et les associations. Un ancien policier abonde dans le même sens : si Marseille a toujours été atypique pour les relations positives que la police avait avec les usagers et avec les associations, il constate une perte de l'état d'esprit de prévention et de médiation chez les agents auprès desquels il intervient en tant que formateur. Ceci est mis en perspective avec l'injonction de faire du chiffre qui oriente leur activité plus vers l'interpellation d'usagers que vers la prévention et la médiation, actes qui ne sont pas chiffrables. Aussi, les professionnels du soin et de la RDR soulignent la nécessité d'expliquer aux agents de police les objectifs et la légitimité de la RDR en tant que politique de santé publique, d'autant que ces agents sont amenés à se renouveler et conduits à la mobilité.

Par ailleurs, si dans les années 90, la politique de RDR, notamment à Marseille, a été facilitée par la constitution de réseaux de professionnels du soin, de prévention et de la répression ; ces réseaux se sont aujourd'hui délités. Chez les pharmaciens, les plus jeunes méconnaissent la RDR ; les plus âgés, constatant la recrudescence de la vente de seringues (injection de cocaïne), concluent à l'échec de la RDR. La Mission sida toxicomanie prévention des conduites à risque de la Ville de Marseille met en exergue qu'il ne s'agit pas seulement d'un problème de formation initiale, mais également de formation continue et d'échanges permanents entre les différents corps professionnels.

- L'incompréhension de la sanction pénale dans de nombreux cas d'ILS

Depuis trois ans, le profil des personnes interpellées pour ILS aurait évolué, il s'agirait moins des usagers du bas seuil. La majorité aurait entre 20 et 30 ans et serait en situation sociale stable, disposant d'un emploi et d'un logement, et consommant essentiellement du cannabis et de la cocaïne.

Les ILS concernent principalement le cannabis, et, en second lieu, la cocaïne. Les autres produits (amphétamines, MDMA, LSD, héroïne) sont rarement trouvés. D'une part, cannabis et cocaïne sont des usages plus fréquents et inscrits dans une temporalité diurne (recherche de détente ou de stimulation pour les études ou l'activité professionnelle) autant que nocturne (usage festif), contrairement aux autres produits. D'autre part, les agents de police chercheraient moins souvent les autres produits car ils les perçoivent comme rares, que le cannabis est très présent, et que la cocaïne est perçue à la fois comme « drogue dure » et comme en expansion.

Les interpellations liées au cannabis concernent surtout des jeunes étudiants, des lycéens et une majorité de jeunes travailleurs. La plupart d'entre eux ne comprennent pas la sévérité de la sanction : s'ils savent que c'est interdit, ils ne mesurent pas, voire ignorent, la peine encourue (amende, prison ferme). La plupart trouvent la répression disproportionnée au regard du délit, et notamment

l'humiliation dont font preuve parfois certains agents de police, sans qu'ils aient attenté à la sécurité ou à l'intégrité d'autrui. Certains vivent la garde à vue comme un vrai traumatisme.

Fait nouveau sans doute, on retrouverait les mêmes ressentis et opinions chez des personnes interpellées pour de la cocaïne, dont l'usage est banal pour certains, même si elle reste perçue comme une « drogue dure ». Ces utilisateurs sont plus souvent issus des milieux intermédiaires et modestes qu'auparavant : employés, intérimaires, ouvriers, cuisiniers, plombiers, maçons.

Les ILS représentent plusieurs centaines d'affaires par an, plusieurs dizaines par jour : ces flux importants à traiter gênent une individualisation des peines en fonction de la personnalité et de la situation de la personne, comme le voudrait la loi. La seule personnalisation des peines observées en matière de substances psychoactives concerne l'alcool, pour lequel est mis en oeuvre une barémisation en fonction du délit et du degré d'alcoolémie. D'autre part, l'importance des sanctions illustre une logique professionnelle, observable chez certains juges, selon laquelle l'efficacité de la peine dépend de sa force, de sa sévérité. On constaterait actuellement une tendance à l'amplification de cette logique : pour un même délit, le quantum de peine aurait tendance à s'accroître.

- Des pratiques de prescription perçues comme inappropriées

o Des constats de surmédication des usagers de drogues

Plusieurs professionnels du soin et de CAARUD signalent la prescription injustifiée de médicaments psychotropes ou en des quantités injustifiées de médecins ou de psychiatres pour certains de leurs patients.

Tout en reconnaissant leur absence de formation en psychiatrie, les intervenants des CAARUD observent que des usagers qui n'en avaient jamais eu besoin auparavant se retrouvent ainsi avec un traitement aux neuroleptiques. Selon eux, ces usagers sont « *juste débordant d'énergie* » et/ou d'anxiété – parfois démultipliées par les produits consommés – induisant des conduites trop rapidement interprétées comme symptômes de pathologie ou trouble psychiatrique. Ils observent également que d'autres patients, pour lesquels ces traitements sont nécessaires, sont « *zombifiées* », réduits à un état d'apathie mentale et physique, avec diminution de la réaction aux stimuli environnementaux, par des posologies trop élevées pour leur laisser une capacité à penser et agir.

ASUD relève ainsi une tendance à l'administration plus fréquente qu'auparavant de la piqûre retard – un neuroleptique ayant un effet calmant sur un mois environ – le jour où l'utilisateur vient chercher sa prescription de Subutex® (tous les 15 jours). L'objectif de cette piqûre retard est de permettre à l'utilisateur de reconstituer un réseau social. Chez certains on note effectivement une amélioration dans la mesure où ils ne vont plus en prison puisqu'ils ne posent plus problème dans la rue (décompensation, passage à l'acte). Mais chez d'autres cela produirait plutôt une aggravation voire une régression de leur situation et une perte d'autonomie. Par exemple, un homme, connu depuis longtemps, est diagnostiqué récemment comme schizophrène, puis « mis sous » Zyprexa® (neuroleptique). Habituellement actif et réceptif, il s'est retrouvé dans un état apathique (« *zombie* »), incapable de poursuivre les démarches administratives qu'il avait entreprises et son traitement Subutex® qu'il suivait à peu près normalement. Le traitement a pour effet pervers dans ce type de cas de placer l'utilisateur en situation d'échec. L'homme a arrêté de lui-même le neuroleptique pour recommencer démarches et traitement.

Est évoquée également la prescription de méthadone ou de Subutex®, ou de benzodiazépines à des personnes présentant une addiction à la cocaïne ou aux amphétamines, voire au cannabis, et demandant un soutien à l'arrêt. Or, en plus d'être inapproprié à ces produits, ces prescriptions risquent d'accrocher les personnes à une classe de produits qu'elles ne consommaient pas auparavant (opiacé, benzodiazépines). Un intervenant de CSST relate qu'une jeune fille de 14 ans, usagère des produits disponibles dans les boîtes de nuit parisiennes (ecstasy et cocaïne essentiellement) s'est vue prescrire du Subutex®. Un intervenant de Tremplin évoque un jeune homme qui demandait une aide psychologique à l'arrêt de l'usage de cannabis, auquel son médecin généraliste lui a prescrit deux Lexomil® et un antidépresseur par jour.

A l'inverse, des médecins généralistes apposeraient un panneau sur leur porte d'entrée informant qu'ils ne renouvellent pas les prescriptions du Subutex®.

o Quelles conséquences d'une médicalisation inappropriée ?

Des professionnels du soin et intervenants des CAARUD observent que certaines prescriptions de médicaments, non seulement semblent sans intérêt médical pour certains usagers, mais aggravent leur vulnérabilité physique et se surajoutent aux effets des autres produits dans l'altération de leur état de conscience. Ceci concerne notamment le Rivotril®, l'Artane®, le Rohypnol®, la Ritaline®. Quelques médecins prescriraient plusieurs de ces médicaments sur la même ordonnance.

« C'est très facile à se faire prescrire, je vois des gens revenir de chez le médecin avec des boîtes de Rivotril®, d'Artane®, de Ritaline® et je me dis qu'ils n'ont pas de mal à acquérir tout ça, y'a des médecins qui ne font même pas de consultation, rien, juste des prescriptions, tu donnes ta carte vitale et voilà »¹⁴.

Une psychiatre exerçant en CSST souligne que des médecins prescrivent des benzodiazépines et des neuroleptiques à des personnes, dont ils savent qu'elles vont les utiliser de façon aléatoire du fait de l'instabilité de leur mode de vie, ou les mésuser (abus, association à des prises d'alcool et de produits psychotropes). *« Certaines personnes se retrouvent avec 18 médicaments dont trois benzodiazépines et trois neuroleptiques ! »*. Assommés par ces médicaments, ceux qui vivent à la rue se retrouvent plus vulnérables au risque de vol ou d'agression. Ils peuvent aussi se faire voler leur traitement par d'autres usagers qui les consommeront ou les revendront.

Ces traitements aux neuroleptiques peuvent également avoir pour conséquence des décompensations psychiatriques et des retours en prison : l'anxiété et la souffrance ressenties du fait du sentiment de décalage avec les personnes croisées dans la rue, sont telles qu'elles évoluent en crise. Lorsque cette crise est interprétée par des agents de police comme des troubles à l'ordre public ou insulte à agent, il est possible que la personne soit placée en garde à vue, puis en prison. Pour elle, les benzodiazépines sont *« une catastrophe, un facteur de risque psychique pour les personnes prédisposées »*.

Dans les cures, les administrations abusives ou inappropriées de médicaments portent à conséquences sur leur efficacité. Il serait fréquent que, dès l'entrée, les personnes se trouvent dans un état d'altération de conscience tel qu'il empêche tout travail psychothérapeutique sur lequel repose la cure. A leur sortie, les usagers n'ont pas avancé dans leur démarche de sortie de l'usage, le seul bénéfice retiré étant la récupération physique (alimentation et sommeil réguliers).

En outre, pleins du mal être induit par les effets déstabilisants et infantilisants des médicaments, les utilisateurs ont tendance, dès leur sortie d'hospitalisation, à *« se charger »* en produits, (prise d'importantes quantités), notamment d'alcool. Se surajoutant à ceux des médicaments pris pendant la cure, leurs effets induisent des états qu'ils ne gèrent pas. Effets, mal être et défonce les rendent alors parfois violents envers les autres et envers eux-mêmes, y compris au sein des structures. Les équipes sont confrontées au paradoxe de devoir expulser les plus ingérables, alors même qu'ils sont très vulnérables à des accidents, à la violence des gens de la rue ou à une arrestation policière.

Ces pratiques, en générant frustration et souffrance psychique, participent en partie de la méfiance et du rejet des usagers vis-à-vis des professionnels du soin, tant chez ceux qui les ont subies que chez ceux dont leurs pairs en ont fait le récit. Elles expliquent, en partie, les réticences de certains à initier des démarches de soin, mais également leur agressivité voire leur violence, vis-à-vis de ces professionnels et complique le travail d'orientation vers le soin réalisé par les CAARUD.

Enfin, une psychiatre exerçant en CSST souligne combien ces pratiques compliquent le diagnostic psychiatrique. Face à la complexité pharmacologique due à l'association produits illicites/ alcool/ substitution/ médicaments psychotropes/ traitement pour les hépatites, *« on ne sait plus d'où viennent les problèmes psychologiques : d'une réelle maladie ou du mélange des produits ? »*. Si autrefois, la question était l'existence ou non de trouble de l'humeur lié à l'usage, aujourd'hui elle est de savoir si cette personne a une pathologie mentale avérée. Et cela est d'autant plus compliqué lorsque la personne parle mal ou pas du tout le français et/ou peine à exprimer ce qu'elle ressent.

Les acteurs des CAARUD s'interrogent également : doivent ils aider les personnes à prendre leur traitement quand ils ont l'impression que celui-ci ne fait qu'aggraver leur état et leur situation ? La question est difficile sur le plan éthique : aller à l'encontre de la décision d'un professionnel médical

¹⁴ Priez S., 2008, *op. cit.*

risque de nuire à la personne. Pourtant, ils sont parfois intimement persuadés que pour certains, qu'ils connaissent depuis des années et mieux que ne les connaît leur médecin, arrêter ou diminuer un traitement serait bénéfique.

- Entre gestion des troubles psychologiques et changement de paradigme

ASUD observe que cette médicalisation inappropriée concernerait plus souvent des personnes ayant des antécédents judiciaires, les plus anciens, les plus malades, qui prennent le plus de Subutex®, le plus dans un état limite... bref, les plus à même d'exprimer mal être et colère. La piqûre retard se ferait notamment dans le cadre d'une injonction thérapeutique lors d'un premier jugement dans une longue carrière d'usager (application de la peine plancher pour un autre délit que l'usage). Si au début de sa mise en place, on notait des réticences à augmenter le dosage de méthadone ; aujourd'hui, dans certains services, il serait souvent plus élevé que ce demandé par les usagers, qui se verraient opposer un refus lorsqu'ils souhaitent le diminuer parce qu'elle les fait somnoler.

ASUD parle ainsi d'une stratégie de contrôle social des conduites (« *camisole chimique* ») pour s'assurer que les usagers ne dérangent pas les équipes de soins dans leur travail en sollicitant trop leur attention, en exprimant leur souffrance, leurs angoisses, leur frustration de ne pas être compris ou entendus. Ces pratiques sont expliquées par la persistance de préjugés sur les « toxicomanes » induisant des réactions de peur, de rejet et de discrimination de la part de certains de professionnels du soin (voleurs, menteurs, violents et à la « sexualité débridée »). Elles s'inscriraient dans une stratégie de régulation des effets psychologiques induits conjointement par l'usage de drogues et la situation de précarité (anxiété, dépression, hyperactivité, stress, angoisse) et de facilitation de la gestion relationnelle du mal être ou de la colère de ces patients qui souvent ne comprennent et/ou n'acceptent pas leur place dans ces services.

A travers ces prescriptions incompréhensibles est pointée l'atteinte à la dignité et aux droits des usagers des services de soins. Les différents acteurs dénoncent l'absence de place faite à la parole de l'usager, la non reconnaissance de la connaissance qu'il a de lui-même mais aussi de son désir. La tendance à la médicalisation pose aussi la question du stress et de la difficulté du personnel soignant face à travailler avec des personnes en souffrance, en colère, agressives, parfois violentes.

2. Les utilisateurs de l'espace festif

Les observations sur l'espace festif alternatif concernent les usages de produits dans les free parties, les 'petites teufs', les teknivals, légaux et illégaux, et les squats ; celles sur l'espace festif commercial concernent les usages dans les raves parties, les festivals électro et les discothèques. Les soirées trance sont hybrides entre ces deux espaces, tant au niveau des caractéristiques organisationnelles que des usages de produits.

Le terme « alternatif » n'est pas équivalent à « illégal » : nombre d'évènements organisés dans des espaces festifs urbains très actifs (type Docks des Sud, ou Friche Belle de Mai) accueillent des évènements qui attirent essentiellement le public des free parties et des soirées en squat. De même, le terme « commercial » n'est pas équivalent à « légaliste » : nombre d'évènements commerciaux accueillent à la fois le public de discothèques et celui des free parties et nombre d'évènements s'inscrivant dans la logique commerciale s'organisent de façon similaire aux évènements illégaux (respect incomplet de la législation sur la sécurité et l'hygiène). Enfin, dans chacun des espaces jouent parfois des DJ's issus d'un autre espace et en attirent le public.

Nous ne reprendrons pas les catégories d'utilisateurs par sous espaces festifs utilisées dans le précédent rapport, ceci étant peu intéressant sur le plan heuristique et douteux sur le plan épistémologique. Nous présenterons donc des tendances transversales à ces sous espaces festifs et celles qui apparaissent de façon plus marquée dans l'espace alternatif ou l'espace commercial.

- Description socio démographique

Dans les deux types d'espaces, la répartition des âges est identique. Le public se caractérise par la grande latitude des âges, de 16 à 50 ans ; la plupart ayant entre 20 et 30 ans. La moitié est

âgée de 20 à 24 ans, un peu moins d'un tiers est âgé de 25 à 29 ans, deux minorités équivalentes rassemblent les plus de 30 ans et les moins de 20 ans.

Toutefois cette répartition des âges peut varier selon la musique diffusée, certains lieux et courants musicaux attirant les plus âgés et faisant fuir les plus jeunes. La facilité d'accès aux établissements festifs urbains (transports en commun, proximité au domicile, faible contrôle de la majorité à l'entrée) et l'importante diffusion publicitaire, que ce soit pour les boîtes ou pour les raves, favorisent la présence importante de personnes âgées d'une vingtaine d'années ou mineures.

Une légère différence réside dans la proportion d'hommes, souvent à peine plus grande et parfois équivalente à celle des femmes dans le milieu commercial ; tandis que dans l'espace alternatif la proportion d'hommes est nettement plus importante – même si la présence des femmes augmente constamment depuis quelques années.

La grande majorité est dans une situation sociale et sanitaire satisfaisante. Les moins de 25 ans sont généralement étudiants et vivent chez leurs parents ; une minorité travaille et a son propre logement. Les personnes âgées de plus de 25 ans ont pour la plupart une activité professionnelle régulière, bien qu'elle soit souvent discontinuée puisque les emplois précaires concernent près d'un tiers des moins de 30 ans¹⁵ ; les emplois non déclarés et les « gâches »¹⁶ sont fréquents aussi. Les travailleurs représentent un petit nombre de personnes, âgées entre 25 et 40 ans pour la plupart et qui alternent le plus souvent des périodes d'activité professionnelle (intérim, saisonniers, petits contrats dans le domaine artistique - Dj, vidéaste, graphiste, plasticien...) et de chômage.

Dans l'espace commercial, on rencontre beaucoup plus de lycéens, voire de collégiens. Le public y est relativement plus hétérogène au niveau social et culturel que dans l'alternatif. On rencontre des personnes issues des milieux les mieux pourvus en capital culturel et économique, comme des personnes issues de catégories socioprofessionnelles intermédiaires et des milieux dits 'populaires'. De même, la diversité des origines géographiques et des orientations sexuelles y est plus grande : on rencontre beaucoup plus de personnes d'origine africaine ou asiatique et de personnes homosexuelles. Dans l'espace alternatif, on rencontre le plus souvent des personnes dont les parents appartiennent aux classes moyennes, elles mêmes assimilées aux « bobos ».

Dans les deux espaces également, mais plus fréquemment dans l'espace alternatif dont l'accès est plus facile du point de vue financier et vestimentaire, on rencontre une petite minorité de personnes, qui sont dans des situations sociales et sanitaires difficiles. Il peut s'agir de personnes que les structures de première ligne de l'espace urbain rencontrent dans leurs locaux, dans les squats ou dans la rue : âgées de plus de 30 ans, elles vivent des minimas sociaux et de petits boulots ; pratiquant ou ayant pratiqué l'injection, elles suivent parfois un traitement de substitution. Ce peut être aussi les personnes de la catégorie « jeunes errants » : âgées de moins de 25 ans, n'ayant donc pas accès au RMI, en errance, en rupture de liens familiaux, qui travaillent rarement, voire jamais, sont sans logement, ni revenu fixes. On repère également des usagers qui sont dans des situations sociales instables ou stables mais qui risquent de basculer, qui ont un usage problématique d'un ou de plusieurs produits (usage addictif ayant un impact sur leur vie sociale et professionnelle).

- Géographie et générations dans les usages de produits

Du fait de l'offre du marché et de la prédilection pour telle ou telle classe de produits, ceux-ci ne sont pas utilisés avec la même fréquence dans chaque espace.

Dans l'espace alternatif, on distingue par ordre décroissant de prévalence estimée :

- un premier groupe constitué du cannabis, de l'alcool, du MDMA (poudre), d'amphétamines ;
- un second groupe, constitué de l'ecstasy (comprimé), de la cocaïne – appréciée mais dont le prix rebute -, du LSD – il inspire la crainte aux « novices » notamment mais est souvent privilégié par les « aguerris » et les « expérimentés » -, de la kétamine dont l'usage s'est banalisé du fait d'une meilleure maîtrise des dosages et de la prise de plus petites quantités ;
- un troisième groupe constitué des champignons, disponibles irrégulièrement, de l'héroïne et du free base utilisés par un moindre nombre de personnes ;

¹⁵ Parmi la population active occupée, si l'on regroupe les statuts d'intérimaires, d'apprentis et de contrats à durée déterminée : ils concernent 32% des 15-29 ans, mais 7,9% des 30-49 ans et 4,8% des 50 ans et plus. Inversement, les contrats à durée indéterminée concernent 64,4% des 15-29 ans, 81,4% des 30-49 ans et 78,4% des 50 ans et plus. INSEE, Enquête emploi 2007, « population active occupée selon l'âge et le statut des emplois », www.insee.fr

¹⁶ Les « gâches » sont de petits emplois non déclarés.

- un quatrième groupe de produits rares et/ou dont la présence n'est pas vérifiée : l'opium, les plantes hallucinogènes (salvia, datura, peyotl, mescaline), métamphétamines.

Dans l'espace commercial, on distingue dans le même ordre :

- un premier groupe constitué de l'alcool, qu'une minorité importante de personnes utilise de façon exclusive, du cannabis, de l'ecstasy, du MDMA ;
- un second groupe constitué de la cocaïne, mais il semble que ce produit remplace le MDMA ;
- un troisième groupe constitué du speed, du LSD, de la kétamine et du GHB.

Par ailleurs, selon nos observations, dans l'espace festif commercial, les personnes semblent avoir une conduite plus consumériste, notamment par rapport à la consommation d'alcool – mais il peut s'agir aussi de nourriture. Soulignons que la possibilité d'utilisation de la carte bleue et de retirer de l'argent dans de nombreux événements participe de cette logique.

Nous rappellerons qu'une petite minorité du public dans les free partys, raves et certaines boîtes, et un tiers du public dans certaines soirées électro-techno et dans d'autres boîtes, n'associe pas ou plus systématiquement la sortie festive à une prise de produits - hors alcool et cannabis. Soit ces personnes consomment exclusivement de l'alcool et du cannabis – effet psychodysléptique, même catégorie d'effet que les hallucinogènes, bien que moins intense ; soit elles ne prennent qu'occasionnellement des produits illicites (en lien avec les fréquences de sorties : 3 à 6 fois par an) et en faible quantité (1/4 de comprimé ou de gélule d'ecstasy/ MDMA, une 'trace' ou deux de cocaïne dans la nuit. Parmi la grande majorité restante, on peut estimer qu'entre un cinquième et un peu plus de la moitié des personnes ne prennent qu'un seul produit dans la nuit – hors cannabis et alcool. Les autres prennent deux à quatre produits différents selon la disponibilité plus (teknival) ou moins (certaines boîtes et soirées électro techno) grande des produits.

Les produits utilisés comme les voies d'administration ne spécifient pas les prises de risques associées. Trois critères nous semblent particulièrement utiles pour rendre compte des pratiques d'usage et des rapports aux risques induits – sans non plus qu'ils influent à eux seuls l'usage.

En premier lieu, **l'âge ou génération des utilisateurs**, qui implique un certain niveau d'expérience des produits psychoactifs. Nous distinguerons une « *génération novice* » (16-20 ans) ; une « *génération initiée* » (18-24 ans)¹⁷, une « *génération expérimentée* » (25-30 ans), une « *génération aguerrie* » (plus de 30 ans)¹⁸. L'avancée en âge s'accompagne d'une stabilisation¹⁹, voire d'une « *sortie* » de l'usage de produits²⁰ : les prises sont plus espacées dans le temps, les produits sont sélectionnés en fonction de leurs effets et de l'estimation de leur qualité, les associations moins pratiquées. Toutefois, si être « aguerri » ou « expérimenté » signifie une bonne connaissance des effets positifs et négatifs aux produits et de la façon dont on y réagit, cela ne correspond pas pour tous les utilisateurs à une connaissance claire des risques : celle-ci est souvent confuse ou imprégnée de mythes²¹. L'avancée en âge se traduit également par un plus grand investissement de la sociabilité entre pairs que du ressenti des effets des produits, à l'inverse des plus jeunes qui privilégient l'expérimentation des produits et d'un autre rapport au monde²².

En second lieu, **le contexte culturel de socialisation aux risques liés à l'usage de produits**, notamment le discours dominant dans les médias sur les fêtes techno :

- génération avant la RDR dans un contexte de petits événements favorisant l'initiation, la circulation des savoirs sur l'usage et l'attention entre pairs ; émergence d'un *discours de stigmatisation des médias* (1990-97)²³. Il s'agit essentiellement de la « *génération aguerrie* » ;
- génération ayant connu les notions de RDR (incarnée notamment par le testing) et de santé communautaire au cours de leur initiation, dans un contexte où l'importance du public des événements augmente ; émergence d'un *discours de normalisation de la tendance la plus conformiste* au prétexte qu'il n'y a pas de consommation de substances illicites, ou si peu,

¹⁷ Nous avons fait le choix de ce chevauchement des deux tranches d'âge car certains utilisateurs âgés de 18 ans ont déjà deux à trois ans de consommation d'ancienneté.

¹⁸ Néanmoins, au même âge, des personnes n'entrent pas dans telle ou telle génération du fait qu'elle a initié son usage des produits festifs plus tard.

¹⁹ Hoareau E., 2005, op. cit.

²⁰ Racine E., 2000, Le Phénomène techno. Clubs, raves et free parties, ed. Imago

²¹ Decorte T., in C. Faugeron et M. Kokoreff, 2002, *Société avec Drogues. Enjeux et limites*, Ed. Erès

²² Ceci peut être illustré par la lassitude pour l'ecstasy des plus âgés et la prédilection pour la cocaïne, perçue comme un produit favorisant la sociabilité.

²³ Sur l'analyse du discours médiatique, cf revue de presse Hoareau E., 2005

dans les soirées légalistes et persistance du *discours de stigmatisation des événements free* (1998-2002). Il s'agit majoritairement de personnes de la « génération expérimentée », mais aussi de la génération « aguerrie » ;

- Cette génération a rencontré moins souvent les acteurs de RDR du fait de l'éclatement de la scène festive techno²⁴ (effet du décret Mariani de 2002 sur l'espace alternatif, multiplication des événements dans l'espace commercial), et a moins bénéficié de la circulation des savoirs sur l'usage du fait de la massification des événements et de la prédilection des plus âgés pour les fêtes organisées par des gens de leur génération. Dans cette génération, il s'agit des « génération initiée » et « génération novice », qui sont confrontées à l'émergence d'un *discours de normalisation totale des événements techno dans un contexte de mise en œuvre d'une politique sécuritaire* (Loi sur la Sécurité Quotidienne, 2001), marquée par l'intégration de la frange la plus alternative (2002-aujourd'hui). Cette intégration a sans doute un impact spécifique sur le rapport aux risques dans la mesure où il n'y a plus relégation d'une pratique festive à « hauts risques » hors de l'espace social légitime comme lors de la première période, ou sa normalisation partielle comme dans la seconde.

En effet, le décret de 2002 modifie la configuration symbolique de la fête techno : la prise de risque n'est pas rejetée, circonscrite dans des espaces festifs marginaux (free party et teknival), mais tolérée comme faisant partie intégrante de la pratique festive techno, quelle qu'elle soit. Or, la dimension illégale et transgressive de ces fêtes, tout en étant facteur de risques (absence de sécurisation de fête, de secouristes, sites dangereux, éloignement des services de soins...) – de même que les valeurs de responsabilisation individuelle et collective, d'entraide et d'autogestion - favorisait un questionnement sur la prise de risques qui tend à disparaître avec la normalisation de la fête²⁵.

Enfin, le **contexte d'usage privilégié** - l'espace festif fréquenté exclusivement ou le plus souvent - celui fréquenté occasionnellement, celui jamais fréquenté sont autant d'espaces différents en terme d'offre de produits, de savoirs sur les risques et de discours sur le sens de l'usage. En 2005, nous relevions que le savoir collectif sur l'usage (effets, risques et techniques pour les réduire) était plus exhaustif, plus juste et plus partagé entre pairs dans l'espace festif alternatif que dans l'espace festif commercial²⁶. Aujourd'hui, il semble que ces différences tendent à s'estomper.

► **Tendances dans l'espace festif :**

- **Confirmation du rajeunissement du public**

Le constat en 2007 d'un rajeunissement du public des deux espaces festifs est confirmé en 2008 : à savoir une augmentation de la proportion de participants de moins de 25 ans dans les événements, et notamment de celle de mineurs. L'affirmation reste délicate à tenir tant elle existe depuis de nombreuses années et sur la plupart des sites TREND. Pourtant les constats sont unanimes tant chez les acteurs de réduction des risques que chez les informateurs rencontrés, notamment ceux qui ont connu les free ou rave partys au début des années 90. Ces constats s'appuient sur la description de la physiologie (encore celle d'un pré ado, imberbe, acné, « pas formé ») ainsi que sur l'apparence vestimentaire peu personnalisée ou l'attitude dans la fête (mal à l'aise, timidité, mouvements gauches, crainte de s'éloigner de ses amis, excitation). Ainsi la moyenne d'âge, qui s'observait dans les années 90 semble avoir diminué : située aux alentours de 25 ans, elle serait aujourd'hui à 22-23 ans, voire 20 ans dans certaines fêtes.

Le Bus 31/32 et le Tipi remarquent la proportion plus fréquente et plus importante de jeunes de 14-18 ans dans les free parties, où leur présence était plus exceptionnelle et moindre une dizaine d'années auparavant (1998-2000) – les âges n'ont pas été seulement estimés mais directement demandés aux personnes. Cette année, les intervenants du Bus 31/32 ont fait de la réassurance pour des bad trips chez des jeunes âgés de 15-16 ans, ce qui n'arrivait pas auparavant. L'ELF rencontre deux profils jeunes dans sa file active : les scolarisés en lycée ou en faculté qui représentent la majorité de ce public et les jeunes travailleurs, qui vivent chez leurs parents et consomment pour faire la fête le week end ou à l'apéritif dans la semaine ; les précaires, évoqués dans la partie « espace urbain ». Dans son travail de rue, l'association rencontre également quelques jeunes âgés de 14 à 15

²⁴ Hoareau E., Vernier S., Zurbach E., 2008

²⁵ Hoareau E., 2005, op. cit.

²⁶ Ibid.

ans qui parlent de « sniff », de « GHB », de « Kéta », demandent des kits sniff et fréquenteraient le milieu commercial ou alternatif.

Ce rajeunissement du public est concomitant de la diminution de la proportion des participants plus âgés qui cherchent une musique de meilleure qualité auprès de *sound system* (milieu alternatif) ou de collectifs artistiques (milieu commercial) plus âgés et des événements où les plus jeunes sont moins présents c'est-à-dire des bars musicaux, soirées en petit comité (50 personnes), des soirées où la musique est plus mélodique et novatrice et moins organisée autour de la rythmique des basses.

Cette séparation des classes d'âges et, de fait, des niveaux d'expérience et de connaissance des produits est également alimentée par la multiplication de fêtes en lien avec l'émergence de nouveaux artistes et organisateurs depuis le début des années 2000, suite au décret Mariani (2001)²⁷. Pour éviter de se soumettre à la déclaration préfectorale et de subir une amende, mais aussi pour retrouver une convivialité qui se détériorait avec l'augmentation constante des participants depuis la seconde moitié des années 90, les organisateurs ont choisi de faire des fêtes plus petites en diffusant moins l'information sur leur lieu et date.

Rappelons aussi que la médiatisation du teknival du 15 août 2001 *avant sa tenue* - ce qui a eu un effet publicitaire d'abord -, de ceux qui ont suivi ensuite, ont 'boosté' la participation de novices aux fêtes illégales en donnant un accès direct à l'information. Auparavant, les novices étaient obligés de connaître des initiés pour s'y rendre, et l'initiation concernait autant les codes festifs que les usages et les risques liés aux produits psychoactifs. Par la suite, l'émergence de sites internet communiquant l'information sur les lieux de fête sans tenir compte du fait que tout novice, de quelque âge qu'il soit, puisse s'y rendre seul, ont accru le phénomène.

Si les très jeunes (14-16 ans) sont présents dans les fêtes techno depuis de nombreuses années, ils ne l'ont jamais été en d'aussi grandes proportions. En outre, ils étaient plus souvent encadrés par des usagers plus âgés ; ce qui ne semble plus vraiment être le cas aujourd'hui puisqu'ils évoluent plutôt entre eux dans la fête. Aujourd'hui la question se pose : hors de la surveillance et de l'initiation par un aîné, la tentation de faire l'expérience et la prise de risque ne sont elles pas plus grandes ?

Toutefois, au risque de mettre en question ces constats, il est nécessaire de souligner, d'une part, que la moindre présence des plus âgés et le vieillissement des observateurs (participants et intervenants) par rapport aux premières années où ils s'y rendaient, accroissent l'impression d'un rajeunissement des participants, et, d'autre part, que le rajeunissement de la pratique festive et des participants ne signifie pas un rajeunissement proportionnel de l'usage.

- **Diversification de l'offre dans le milieu commercial, fluctuations dans le milieu alternatif**

L'espace alternatif offre une palette généralement plus diversifiée de substances que l'espace commercial, mais depuis quelques années, cette différence est de moins en moins marquée. En effet, la disponibilité plus fréquente et plus importante d'amphétamines, de LSD, de kétamine et de GHB, même en petite quantité, dans les raves et les boîtes se confirme.

Par contre, dans les free parties, il arriverait plus souvent qu'auparavant que tous les produits historiquement disponibles ne le soient pas ou en très petite quantité. C'est ainsi le cas des amphétamines, du LSD et du cannabis dont le prix devient alors sensiblement plus élevé. A l'inverse, la cocaïne et la kétamine sont constamment disponibles. Le GHB commence à y être - rarement - présent mais ne fait pas encore l'objet de vente. La persistance de la stigmatisation du GHB et de l'héroïne illustre que leur usage reste occasionnel et dans des cercles restreints d'usagers.

Quant aux prévalences estimées de produits utilisés, comparativement à 2007, la cocaïne passe dans le premier groupe, l'ecstasy est « rétrogradé » dans le second groupe, tandis que la kétamine passe dans le second alors que nous la classions dans le troisième. Intervenants et observateurs s'accordent sur le fait que la kétamine a pris une place prépondérante dans les usages, tant des plus jeunes que des plus âgés, chez lesquels, le dosage étant mieux maîtrisé, l'usage est moins visible. On peut ainsi distinguer une première vague d'émergence de la kétamine dans l'espace festif alternatif (1998-2000), puis l'expansion de sa vente et de son usage chez les usagers expérimentés (plus de 25 ans) en 2001-2002, et l'on assisterait depuis deux ans (2007) à une troisième vague auprès d'un

²⁷ Il contraint les organisateurs à déclarer la tenue d'une soirée techno au-delà de 250 participants (le seuil est passé à 500 en 2008) sous peine de saisie du matériel de sonorisation

public plus jeune (moins de 25 ans) et dans l'espace festif commercial. Dans les deux espaces, la baisse du recours à l'ecstasy se poursuit du fait de sa mauvaise réputation par rapport au MDMA, y compris chez les plus jeunes qui sont plus tentés d'expérimenter amphétamines, cocaïne et kétamine – le LSD leur faisant plutôt peur.

Dans le cadre du dispositif SINTES, on remarque que les personnes auprès desquelles a été collecté le McPP, âgées de moins de 25 ans, utilisent les mêmes catégories sémantiques que celles utilisées habituellement pour le MDMA pour décrire les effets : « effet love », « empathie », « être dans le son », alors que les effets du McPP sont qualitativement différents. Ceci illustre la transmission entre les différentes générations d'utilisateurs d'un discours sur la définition des effets à rechercher²⁸, quand bien même la molécule utilisée diffère. D'autre part, les utilisateurs ne semblent plus se plaindre des effets négatifs, désagréables comme ce fut le cas avec les premiers produits contenant du McPP. Il est possible que les alertes sanitaires ont été faites en 2006 et leur appropriation par les usagers aient conduit les fabricants d'ecstasy à diminuer la quantité de cette molécule dans les comprimés afin de conserver leur clientèle. Ainsi l'alerte sanitaire a pu tout aussi bien conforter l'opinion des usagers quant à la médiocrité de certains comprimés qu'influer indirectement sur la composition des produits eux-mêmes.

Enfin, l'affirmation dans le rapport local TREND de 2007 selon laquelle l'augmentation du nombre de comprimés pris illustre une radicalisation de l'usage est à mettre en question. S'agissant d'une molécule autre que le MDMA, dans des proportions apparemment généralement peu élevées et ayant des effets peu modificateurs des perceptions, ceci explique l'augmentation des quantités prises – bien qu'il y ait sans doute d'autres facteurs explicatifs.

- **Une tendance à la dilution du discours sur l'usage « festif » ?**

Les observations en 2008 confirment la tendance repérée en 2007 à savoir une évolution dans le rapport aux produits²⁹ des plus jeunes par rapport aux générations précédentes. Toutefois, nous n'utilisons plus le terme « radicalisation » qui tend à en donner une vision simplificatrice et dramatisante en l'absence de données plus exhaustives sur cette évolution. Du fait, de la faiblesse de ces données, nous gardons la forme interrogative.

o Le polyusage et la résurgence de l'injection chez les plus jeunes

Dans une recherche d'expérimentation de soi et du monde propre à cette tranche d'âge, les plus jeunes (17-23 ans) ont tendance à prendre plusieurs produits dans la soirée, à l'opportunité et dans un court laps de temps – 3 à 4 produits différents en 2h. Le polyusage n'est pas nouveau mais chez les générations précédentes, il prenait plus une forme « culinaire » et prudente : les associations de produits se faisaient selon la temporalité, l'intensité et la spécificité de chacun des effets des produits et de leurs interactions. Aujourd'hui, elles seraient faites sans attendre la manifestation des effets de chacun ni de voir comment le corps et l'esprit y réagissent. La prédilection pour tel ou tel produit ou telle classe d'effets ne serait plus aussi prégnante, les personnes mélangeant des produits en tenant moins compte de leurs effets agonistes ou antagonistes et des risques induits.

Toutefois, il manque à ces constats une connaissance précise des dosages des produits absorbés : des dosages faibles ou l'absence de substances psychoactives dans les produits peuvent favoriser cette conduite de polyusage. Dans la mesure où, avec la suppression du testing, les dealers ne sont plus menacés d'une perte de clientèle, d'agression, d'exclusion de la soirée, voire de châtiement ou d'humiliation publique comme cela pouvait survenir à la découverte de leur arnaque ou de produits induisant peu d'effet, il est probable – et c'est le constat des utilisateurs les plus expérimentés – que les produits dosés soient rares, a fortiori dans les cercles de jeunes consommateurs. De fait, il serait f surpris, déstabilisés, mis en danger par les effets d'un produit dont ils croyaient connaître l'intensité ; avec le LSD et le MDMA il s'agirait d'un risque de décompensation psychiatrique, avec la cocaïne un risque d'overdose.

²⁸ Hoareau E., 2005, op. cit.

²⁹ Nous définirons le rapport aux produits comme étant, d'une part, la définition des effets recherchés et la représentation des risques encourus dans l'usage en lien avec une définition de son sens et, d'autre part, des modalités d'usage, des prises de risques et des pratiques de réduction des risques spécifiques que ces définitions et ces représentations impliquent.

Bus 31/32 et l'Elf, au cours de leurs interventions respectives (milieu festif, bus méthadone, travail de rue) distinguent différents profils d'injecteurs qui les sollicitent :

- les 'vieux' injecteurs qui sont généralement en contact avec un PES et/ou un CSST ;
- des personnes âgées de la trentaine environ qui sont bien insérées et pratiquent l'injection régulièrement ou occasionnellement depuis des années ;
- des plus jeunes, principalement âgés entre 18 et 25 ans, qui disent pratiquer l'injection occasionnellement en soirée, d'autres seulement en 'teuf' et prennent d'autres produits non injectés dans la semaine. Ce sont plutôt des gens en errance, qui travaillent régulièrement ou en saisonnier – il n'y a pas d'étudiants. Ils sont généralement – mais pas tous – « *en perdition* », en mal de repères stables : ils ont des relations difficiles voire rompues avec leur famille, des problèmes de santé, et quelque chose de 'lourd' au sens psychologique.

Selon le coordinateur du Bus 31/32 au cours de l'année 2008 et des 22 interventions réalisées, 2-3 personnes en moyenne par intervention sont venues prendre un kit injection ; il s'agit surtout de 'vieux' injecteurs de plus de 35 ans. Ces derniers mois (fin 2007-début 2008) les intervenants ont vu arriver des plus jeunes âgés entre 18 et 25 ans, certains paraissaient en avoir 16. Ceci peut s'expliquer par la visibilité plus grande de la mise à disposition de matériel d'injection stérile (mise en place d'un panneau) et laisse supposer une méconnaissance de cette jeune génération du fait que l'association propose ce type de matériel.

o La diffusion d'un discours de recherche de défonce

Différents intervenants et observateurs ont le sentiment que la recherche de « la défonce » est aujourd'hui plus souvent revendiquée que celle de « faire la fête », même si la participation à la sociabilité du groupe de pairs reste une justification de la prise – moins au sens de « faire comme les autres » que d'être plus à l'aise dans la relation et dans une certaine harmonie avec ses amis. Cette défonce est décrite par les intervenants comme la « *recherche d'une rupture avec le réel, un état d'inconscience* » chez les personnes âgées d'une vingtaine d'années.

A Marseille, un groupe d'une trentaine de personnes est clairement identifié par trois observateurs différents - qui connaissent certains d'entre eux - comme incarnant l'émergence supposée de ce nouveau rapport aux produits. Existant depuis quelques années, il s'agit des « *mutants* » ou des « *nighters* » comme ils s'appellent eux-mêmes. Ils ont d'abord fréquenté les boîtes, puis les free partys et teknivals où ils se sont initiés à la kétamine. Leur but serait d'être défoncé le plus possible tout en restant debout ; ils pratiqueraient des concours à la plus grande prise de produits.

Cette recherche de « défonce » prend sens plus particulièrement par rapport à la situation d'« *indétermination sociale* »³⁰ de la période post adolescence et d'entrée dans la vie active. La difficulté pour nombre de jeunes gens de vivre la situation passive et de dépendance vis-à-vis des adultes, de subir la pression de l'entourage quant aux études, notamment dans les grandes écoles, et aux choix professionnels, de supporter l'anxiété des premières expériences professionnelles, la difficulté aussi de se projeter dans l'avenir, toute cela donne sens à cette « recherche de défonce » comme celle d'une décompression par rapport à ces situations et pressions sociales.

La définition des effets recherchés comme « défonce » ou de l'attitude face aux risques comme « *trash* »³¹ chez les plus jeunes et ce dans l'espace commercial comme dans l'espace alternatif, marque une rupture par rapport au discours de leurs aînés qui revendiquent l'usage comme « festif, récréatif » par opposition justement à la recherche de « défonce du tox ». Cette définition de l'usage est liée également à l'émergence d'une musique techno plus dure, plus rapide dans tous les espaces festifs, y compris au sein des courants musicaux habituellement plus mélodiques : drum'n bass, transe, house.

On peut penser que le recul du discours sur « l'usage festif » au 'profit' d'un discours de l'usage défonce est lié à une détérioration de l'initiation par les plus âgés et à la moindre connaissance des produits, et des techniques de maîtrise des effets et des bad trips. En effet, la moindre présence des plus âgés implique que les premières expériences de produits soient moins encadrées par des personnes expérimentées, que les interactions avec les plus expérimentés, médias de la transmission des savoirs, au cours de la soirée soient moins fréquentes. Le fait que les plus jeunes (17-25 ans) soient proportionnellement plus nombreux impliquent que les plus âgés puissent aussi se sentir

³⁰ Le Breton D., 1991, *Passions du Risque*, ed. Métailié

³¹ Hoareau E., Vernier S., Zurbach E., 2008

« débordés » dans leur rôle de transmission, alors qu'auparavant un groupe d'entre eux pouvaient accompagner deux ou trois novices. Tous ces éléments freinent la circulation des savoirs sur l'usage entre les uns et les autres.

Moins initiée, moins accompagnée, moins informée par les acteurs de RDR, cette génération arrivée après 2001 a sans doute éprouvé de façon plus fréquente des expériences négatives des produits illicites qui ont alimenté cette représentation de leurs effets comme étant plus de l'ordre de la rupture dans le rapport conscient au réel que celui de l'induction d'un autre rapport au réel. Autrement dit, la définition des effets recherchés serait passée de l'amplification et de la modification ludique et initiatique des perceptions du réel à celle de leur altération tant dans le rapport à l'environnement qu'au monde intérieur. Il ne s'agit pas ici d'un changement brutal dans les représentations des effets des produits et la définition des effets recherchés, mais d'une évolution progressive que nous repérons déjà en 2003 due à l'effet conjoint de plusieurs facteurs - en premier lieu celui du renouvellement des participants.

Toutefois, cette analyse reste à vérifier et à estimer : il est effectivement probable que cela ne concerne qu'une minorité des jeunes utilisateurs.

- Une logique d'usage moins orientée vers la modification du rapport au monde que vers l'exploration de la vie intérieure

Selon les observateurs, on assisterait à l'émergence d'un sens de l'usage festif orienté vers la recherche de rupture avec le réel, exprimée par le terme « défonce » ceci plus particulièrement dans l'espace commercial. Cet axe symbolique existe affiché comme tel dans le milieu alternatif depuis son début avec la distinction entre « *free/rave partys* » et « *teufs destroy* »³² et s'inscrit dans la lignée de la signification « no future » de l'usage qui prévalait dans le milieu festif punk des années 80 – une partie de ses représentants et participants s'est « recyclé » dans le hardcore techno.

Par contre, dans l'espace alternatif, il a toujours été stigmatisé par la majeure partie des participants comme transgression d'une norme de l'usage festif³³, car donnant raison au discours de stigmatisation sur ces fêtes. De même, la frange conformiste et légaliste du mouvement techno a toujours nié l'existence de ce type de pratiques d'usage en son sein. Pour celle-ci, la revendication d'un sens hédoniste et positif et d'une modération de l'usage s'inscrit, à notre sens, dans une logique de distinction avec la frange alternative et libertaire du mouvement (*free party* et *teknival*) notamment afin de préserver ses chances de reconnaissance sociale et culturelle par les pouvoirs publics.

Cette évolution du sens de l'usage favoriserait et serait favorisée par l'évolution de l'offre de produits et le développement du polyusage. Cette offre se caractérise par la dimension aléatoire de la composition, l'importance de produits de qualité médiocre et la progression de l'usage de kétamine, plus marquée dans l'espace alternatif, ou du GHB dans l'espace commercial.

Ces deux produits présentent la particularité d'induire à faibles doses des effets similaires à ceux de l'alcool (desinhibition) et, à forte dose, une altération du rapport au réel, allant de l'hallucination, voire dissociation, à la perte de conscience. Leurs effets sont donc plus orientés vers l'expérimentation de la vie intérieure et des sensations physiques et mentales, que vers l'exploration d'un autre rapport au monde et la stimulation de la relation à autrui. Ce sont aussi des produits qui présentent un rapport qualité/ prix 'bon' et sûr par rapport à d'autres produits, perçus comme de qualité plus aléatoire. Ils sont relativement peu onéreux avec la probabilité plus grande, par rapport à l'ecstasy, au MDMA, à la cocaïne ou au LSD, que les effets recherchés seront ressentis ou du moins seront assez intenses au niveau de la modification des perceptions.

Enfin, la résurgence de pratiques d'injection chez de jeunes usagers précarisés et une expansion, même faible et qui reste à mesurer, de la pratique du *free base* qui induisent un vécu solitaire des effets et une immobilité physique illustre également cette évolution

Cette progression de l'usage de deux produits induisant l'altération voire la perte de conscience et de pratiques d'injection et de *free base* laissent penser que la « *logique d'usage* »³⁴ hédoniste dans l'espace commercial (effet love, empathie, sociabilité du groupe de pairs)³⁵ et la logique d'usage initiatique (apprentissage de soi, d'un autre rapport à l'autre et au réel) dans l'espace alternatif se

³² Hoareau E., 2004, *La figure du perché : une forme de stigmatisation de l'usage abusif de substances psychoactives chez les participants aux fêtes techno*, Maîtrise de sociologie, dir. S. Bordreuil, Univ. Aix-Marseille

³³ Hoareau E., 2004

³⁴ Verchère C., 2005, *Significations et logiques de l'usage de Psychotropes en lien avec le contexte festif techno I : enjeux identitaire* in Joubert M. (sous la direction de) *Villes et toxicomanie*, éditions Eres, pp. 116-138.

³⁵ Beauchet A., 2001, *Entre rave et réalités : une ethnologie de la culture techno*, Maîtrise d'ethnologie

délimitent. Il est probable que en s'autonomisant par rapport aux produits historiques de l'espace festif techno aux effets hallucinogènes, stimulants et/ou empathogènes, la logique d'usage évolue de façon à intégrer un autre type de significations pouvant être attachées à l'usage, à savoir l'altération de l'état de conscience. Chez la nouvelle génération de participants (17-23 ans), la définition du sens de l'usage s'inscrirait ainsi moins dans la sociabilité du groupe de pairs, dans la stimulation de l'euphorie festive et l'exploration de ses sensations, notamment celles induites par la musique, et d'un autre rapport au monde. L'expérience deviendrait plus solitaire, moins initiatique (au sens de découverte et d'apprentissage de soi).

Soulignons enfin que ces différentes observations posent la question de l'émergence de la référence à de nouvelles valeurs et symboles permettant de justifier la pratique d'usage.

- Le recul de la référence aux notions de réduction des risques et de santé communautaire

Les générations initiées à la fête techno dans les années 90 s'inscrivent généralement dans une logique de distinction avec les personnes « toxicomanes » de la période des années 70-80. Ainsi, dans une stratégie de préservation de l'image de soi et d'évitement du risque d'être stigmatisé comme « tox », ils ont développé des savoirs et des techniques de protection face aux effets addictogènes et aux risques sanitaires et de désaffiliation sociale liés à l'usage, et ce, avant les premières interventions de RDR de type associatif³⁶. Dans l'espace festif – comme dans l'espace urbain –, la RDR est d'abord née de l'initiative d'usagers.

Selon les intervenants de RDR, la génération de participants et d'organisateur arrivés après 2002, qui sont donc âgés entre 17 et 25 ans, ignore souvent le principe de la réduction des risques. Cette nouvelle génération ne fait pas la distinction entre le type d'intervention et le discours de prévention sur l'usage de substances psychoactives des organismes sanitaires et ceux des associations de réduction des risques. Une grande partie des personnes de cette nouvelle génération ne seraient pas dans une logique de consommer de façon éclairée en adaptant leurs prises de produits aux risques encourus et de s'informer sur les produits et les risques. Le sentiment d'invulnérabilité propre à la jeunesse explique en partie cette attitude. La méconnaissance des risques et la difficulté à les mesurer se traduisent parfois par des attitudes de déni ou de dérision face au discours des acteurs de RDR. Ces comportements ne sont pas nouveaux, mais le plus grand nombre de jeunes – de même que la privation du média testing, particulièrement opérant pour les prises de contact avec les utilisateurs les plus distants, souvent jeunes, par rapport au stand - rend plus difficile aux intervenants et aux utilisateurs plus expérimentés de les atteindre et de les informer sur les risques liés à l'usage.

De même, s'observerait un recul de la notion de santé communautaire, soit une diminution des interactions d'entraide lorsqu'une personne rencontre des difficultés dans sa prise de produits. Ainsi, il est fréquent que lorsque l'un d'entre eux ne gère pas les effets des produits, ses amis, se sentant autant incapables de l'aider que mal à l'aise qu'il attire l'attention sur leur groupe, rient de lui, voire le rejettent. Il est fréquent de trouver ce genre de vidéo sur Myspace. Cette distanciation par rapport à la difficulté de l'autre dans sa gestion du produit ne s'observait pas il y a plusieurs années : quelqu'un qui était en difficulté n'était pas moqué et généralement accompagné par un ou plusieurs de ses amis.

Selon les intervenants, la moindre connaissance des notions de RDR et de santé communautaire, s'explique en partie par le fait que les associations de RDR n'ont pas pu suivre la multiplication des fêtes et l'augmentation du nombre de participants y participant régulièrement. En effet, malgré l'absence de chiffre, cette massification du public des fêtes techno est visible principalement dans trois faits observés directement ou indirectement par le biais de participants qui ont initié leur pratique dans le courant des années 90 : par rapport à la fin des années 90, l'augmentation du nombre d'événements par week end, l'augmentation du nombre de jeunes arborant un look de teuffer dans l'espace urbain et le fait que la participation à ses fêtes soit moins taboue.

Les intervenants de RDR émettent quand même une précaution dans l'analyse des pratiques d'usage des plus jeunes : le discours du « c'était mieux avant, les gens venaient pour faire la fête et

³⁶ Soulignons en effet que la fête techno et l'ecstasy, et notamment la free-party, sont importées en France par les anglais en 1992 (les *Spiral Tribe* pour la free party), qui sont socialisés à la notion de réduction des risques dont les premiers programmes ont été mis en place en Grande Bretagne au cours des années 80 (Richard D., Senon J.L. et Valleur M., réed. 2004, *Dictionnaires des drogues et des dépendances*, ed. Larousse). D'autre part, les *sound systems* anglais étaient inspirés, voire constitués en partie, de *travellers*, ces hippies anglais nomades dont certains incluaient dans leur mode de vie un usage régulier des substances psychoactives (Grynszpan E., 1999, *Bruyante techno. Réflexion sur le son de la free party*, ed. Mélanie Sétun).

pas pour prendre des produits, se défoncer » existe depuis des années chez des participants venus à la fête techno à des époques différentes. Une jeune femme de 19 ans, avec laquelle nous avons conduit un entretien, fréquente les free parties depuis deux ans et tient exactement le même discours.

D'autre part, si ces jeunes sont souvent dans une attitude d'opposition au discours de l'adulte, les intervenants soulignent qu'ils sont aussi dans la quête de son regard : l'adulte n'est pas complètement absent de la façon dont ils pensent leur usage de produits, il reste perçu comme étant à même de leur apporter une information ou une aide dans l'orientation de leur conduite. Ainsi, bien que les intervenants leur signifient clairement qu'il est interdit de consommer dans le *chill out*, certains petits groupes de jeunes peuvent le faire le plus près possible du stand, comme s'ils cherchaient l'occasion d'un échange avec eux.

- Des effets pervers de l'interdiction du tabac dans les établissements festifs ?

L'interdiction de fumer dans des lieux publics a eu un effet louable sur leur 'ambiance sanitaire'. Mais des professionnels de prévention routière (ANPAA, Assagir, Automobile Club, Prévention Routière) intervenant dans des discothèques, ainsi que des organisateurs d'événements électro techno (émission sur une radio locale Radio Grenouille), signalent que les établissements festifs sont confrontés à une baisse nette de leur clientèle depuis l'entrée en vigueur de la loi. A l'interdiction de fumer du tabac, se surajoute la cherté de l'alcool dans un contexte économique mauvais.

Ces différentes personnes observent que les participants se tournent vers les soirées privées, en appartement ou dans de petits lieux où chacun amène à boire en fonction de ses moyens et où on l'on peut fumer. Ainsi, selon le collectif de prévention, en 2007, aucun décès sur la route n'était lié à l'alcool.

3. Focus sur les utilisateurs des quartiers populaires de Marseille

C'est afin de mieux connaître les tendances actuelles de l'usage chez ce profil d'utilisateurs moins connu que d'autres et d'estimer les besoins éventuels en terme d'information de prévention et de réduction des risques que nous avons enquêté sur les usages de produits dans les quartiers populaires de Marseille. Pour délimiter le champ d'observation, nous nous sommes appuyés sur le découpage des Zones Urbaines Sensibles³⁷ : de la prénotation de « quartiers nord » ou de « quartier populaire », nous sommes ainsi passés à une territorialisation objectivée. En l'occurrence, les travailleurs sociaux rencontrés exercent auprès de personnes résidant dans la ZUS des 13^e et 14^e arrondissements³⁸.

L'origine populaire de ces utilisateurs les distingue des participants de l'espace festif techno plutôt issus des milieux intermédiaires et aisés. D'autre part, ils ne fréquentent pas les structures bas seuil et de soin, à l'exception des utilisateurs injecteurs, et ne sont pas rencontrés par les associations de réduction des risques³⁹. Leurs consommations de produits ont préférentiellement pour cadre le logement personnel ou l'espace public du quartier ou de la cité de résidence. Il ne s'agit pas d'un usage spécifiquement festif, même si leurs utilisateurs peuvent fréquenter les boîtes de nuit et les concerts (rap, hip hop, r'n'b). Enfin, ces utilisateurs présentent une vulnérabilité sociale du fait d'un moindre niveau de qualification, de plus grandes difficultés à s'insérer dans la vie active et à accéder à l'autonomie financière et résidentielle, d'une plus grande exposition à la précarité financière et statutaire⁴⁰.

Ce focus a pu être rédigé grâce à des travailleurs sociaux et des animateurs de prévention qui participent par ailleurs à la recherche-action « Question de réseaux » initiée par la Direction de la

³⁷ « Les ZUS sont des territoires infra-urbains définis par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville, en fonction des considérations locales liées aux difficultés que connaissent les habitants de ces territoires », Couppié T., Gasquet C., « Quartiers défavorisés : relégation pour certains jeunes, insertion sociale et professionnelle pour d'autres », *Bref*, revue du CEREQ, n°261, février 2009

³⁸ Remarquons ici que le critère principal de définition (lieu résidentiel) de cette catégorie d'utilisateurs diffère encore de celui de l'espace festif (cadre de consommation) et de celui de l'espace urbain (fréquentation des structures bas seuil).

³⁹ Par contre, les personnes issues des quartiers populaires et des milieux sociaux défavorisés sont surreprésentées dans les structures bas seuil.

⁴⁰ Couppié T., Gasquet C., février 2009

Santé Publique de la Ville de Marseille, Mission Sida Toxicomanie Prévention des Conduites à Risques⁴¹. Du fait de la nouveauté de ce thème dans le rapport TREND Marseille, de l'absence de données disponibles quant aux usages dans ces quartiers et de l'absence de rencontre directe avec des usagers, les informations présentées ont un caractère limité et exploratoire.

- De qui parle-t-on ?

Les équipes des centres sociaux, notamment celles des secteurs jeunes (12-25 ans), de l'association de prévention Tremplin et de l'Equipe de prox' de SOS DI (qui effectue des maraudes dans ces quartiers) décrivent différents profils de consommateurs de substances licites et illicites dans ces quartiers, qu'ils rencontrent ou côtoient dans le cadre de leur activité professionnelle. Sont ainsi distinguées cinq catégories d'utilisateurs selon leur âge, leur pratique d'usage et leurs difficultés, liées ou non à l'usage :

- la « vieille » génération des usagers (plus de 40 ans) qui ont consommé l'héroïne en injection à partir des années 90. Aujourd'hui, ils sont peu nombreux, abîmés par l'usage et la précarité, souvent malades du VIH et/ou VHC (« des épouvantails à moineaux »), et meurent les uns après les autres. Stigmatisés comme « toxicos » car perçus comme participant de la mauvaise image du quartier, attirant la police et faisant fuir la clientèle du cannabis, ils sont peu visibles. Ils fréquentent plutôt le centre ville où se trouvent les CSST⁴² et les CAARUD et où ils sont moins exposés à la stigmatisation que dans leur quartier. Certains se rendent au CAARUD de Protox (zone sud) : la ligne de métro est directe et ils ont moins de risque de croiser des voisins. Ils suivent généralement un traitement de substitution, et continuent ponctuellement à consommer d'autres produits. Les lieux de consommation - repérables aux boîtes de Néocodion®, de Subutex® et des seringues au sol - sont des appartements et les alentours des lieux de deal, des pharmacies et du seul distribox® de Marseille situé à St Louis. Selon les travailleurs sociaux, la baisse du recours à l'héroïne et à l'injection chez les générations suivantes dans les années 90 est due aux nombreux décès dans les quartiers liés à cette pratique, aux campagnes RDR sur le VIH, aux actions « anti été chaud », du refus de ressembler aux injecteurs croisés dans le quartier, décharnés, malades, rejetés.
- Un autre profil est représenté par des personnes plus jeunes – entre 25 et 35 ans – qui consomment essentiellement alcool – bières fortes principalement -, médicaments psychotropes et cannabis. Ce groupe rassemble des anciens injecteurs d'héroïne et des personnes plus jeunes qui ne l'ont pas connue. Dans ce groupe, la pratique d'injection, régulière ou occasionnelle, concerne probablement quelques personnes.
- Le profil le plus représentatif est celui des personnes de 16 à 40 ans qui consomment cannabis et alcool, certains ne consommant pas ce second produit. Ce sont les plus visibles car consommant souvent sur les places, au bas des immeubles. Les travailleurs sociaux observent une féminisation de ce profil ces dernières années. La majorité de ces utilisateurs ont un usage occasionnel ou régulier qui reste géré et n'entrave pas l'insertion sociale et professionnelle ; pour une minorité, l'usage aggrave des difficultés sociales et psychologiques antérieures.
Ces personnes sont soit dans des situations sociales précaires, notamment les plus jeunes (activité professionnelle irrégulière du fait d'emplois à durée déterminée, de niveau de qualification faible), soit dans une situation d'insertion sociale stable (emploi en CDI ou activité régulière du fait de niveaux de qualification et/ou d'expérience élevées).
Une minorité d'entre eux, notamment les mineurs, est dans une situation beaucoup plus compliquée du fait d'un désœuvrement total (déscolarisation, aucune activité professionnelle) et ancien (depuis plusieurs années). De fait, leur vie est particulièrement centrée sur la consommation, avec un niveau élevé d'alcoolisation toute la journée avec de la bière, notamment des bières fortes.

⁴¹ La proximité à l'épreuve de la débrouille. Situation de travail et postures professionnelles des travailleurs sociaux Roche P., Centre d'Etude et de Recherche sur l'Emploi et les Qualifications (CEREQ), Association départementale de développement des actions de prévention (Addap 13), avec le soutien du service Prévention de la délinquance et de la Mission Sida Toxicomanie Prévention des Conduites à Risques, 2005

⁴² La mise en place d'une antenne CSAPA dans les « quartiers nord » est actuellement à l'étude.

Il est fréquent que des jeunes côtoient ceux qui consomment et sont déscolarisés, sans user des produits et en poursuivant leur scolarité. Inversement, ceux qui consomment n'incitent pas les autres à rester avec eux, mais au contraire à poursuivre leur scolarité, arguant qu'eux-mêmes n'y arrivent pas.

- Un usager relais d'Asud décrit également des pratiques d'injection chez des personnes d'une vingtaine d'années. Il s'agirait de Subutex® principalement, de cocaïne ou d'héroïne.
- Enfin, des femmes⁴³, généralement en situation de monoparentalité et de précarité (minimas sociaux, emplois à temps partiels), consomment le plus souvent des médicaments psychotropes, notamment antidépresseurs, d'autres du cannabis et/ou de l'alcool, d'autres, peu nombreuses, suivent un traitement de substitution. Leur précarité et leur isolement du fait de l'absence du père de leur(s) enfant(s) les rendent vulnérables au risque de devenir, de façon plus ou moins insidieuse et volontaire, ce que l'on appelle des « nourrices ».

- **Disponibilité des produits et produits consommés**

o Le cannabis

Il concerne principalement la tranche d'âge des 15-30 ans. Signalons que le rap, style musical sans doute le plus écouté - avec le hip hop - par ces personnes a un discours « pro shit » et « anti coke ». Effectivement, cela se traduit par la prédominance de l'usage de cannabis dans ces quartiers.

Selon des travailleurs sociaux résidant ou ayant résidé dans ces quartiers, on a assisté au cours de cette décennie 2000-2009 à une multiplication des réseaux du fait d'une augmentation de la demande liée à l'accroissement du nombre et au rajeunissement des utilisateurs dans ces quartiers. Mais ceci reste difficile à mesurer en l'absence d'enquêtes quantitatives spécifiques.

D'une part, la plus grande visibilité de l'usage dans l'espace public par rapport à la décennie précédente, que ce soit dans les quartiers périphériques ou en plein centre ville, conduit à relativiser ce constat. Il est possible également qu'en grandissant et en se professionnalisant, ces « enfants du quartier » devenus travailleurs sociaux voient ce que, plus jeunes, ils n'analysaient pas toujours comme étant de la consommation ou du trafic de cannabis. Enfin, l'accroissement de la demande ne concerne peut être pas tant les personnes des quartiers populaires (question de la disponibilité financière), que celles issues de milieux plus aisés.

D'autre part, les travailleurs sociaux ne s'accordent pas sur le constat du rajeunissement des fumeurs de cannabis. Certains observent que si l'expérimentation est fréquente à 12-13 ans, souvent dans le cadre des mercredi après midi ; chez les moins de 15 ans, à l'exception de quelques cas isolés, la consommation reste occasionnelle. Ce n'est qu'à partir de 16-17 ans que l'usage devient régulier, parfois quotidien mais de façon modérée car collective (un à trois joints partagés) pour des raisons financières.

Par contre, il est remarqué une évolution dans les représentations du produit. Si dans les années 90, un fumeur de cannabis était considéré comme un futur « tox » à l'héroïne ou à la cocaïne, aujourd'hui, il serait plus perçu comme privilégiant ce produit. Les risques liés à son usage seraient donc minorés au regard des risques sanitaires et sociaux induits par d'autres produits.

o L'alcool et les médicaments

La consommation de l'alcool concerne toutes les tranches d'âge à partir de 16 ans, mais certains, parfois au nom de la religion musulmane, s'en abstiennent. Elle concerne particulièrement des anciens injecteurs qui suivent aujourd'hui un traitement de substitution, des usagers qui le consomment en association avec les médicaments psychotropes et d'autres en association avec le cannabis.

La consommation de médicaments concerne plus particulièrement les femmes qui élèvent seules leur(s) enfant(s), en situation de difficulté sociale, qui ont généralement des consommations plus conventionnelles que les hommes, et pour lesquelles l'accès aux produits illicites les expose au risque

⁴³ Concernant ces utilisatrices, nous invitons à consulter le rapport TREND Marseille 2007, ainsi que la note thématique réalisée par S. Priez.

de subir des violences. Cette consommation a pour cadre un traitement prescrit médicalement pour de l'insomnie, une grande anxiété et/ou une dépression – états psychologiques induits par leur isolement et leur situation économique.

Un intervenant de Tremplin note que l'expérimentation de médicaments se fait chez des jeunes qui vivent encore chez leurs parents en puisant dans la pharmacie familiale. Ces premières expérimentations surviennent généralement entre 15 et 18 ans, suite à un évènement socio-affectif douloureux (décès, divorce, exclusion scolaire, énième dispute familiale). Ces médicaments représentent parfois une entrée dans l'usage de produits illicites autres que l'alcool et le cannabis : lors d'une pénurie et/ou d'une opportunité, la personne expérimente une autre substance pour des effets similaires ou identiques qu'elle veut retrouver.

Plus rarement, la consommation de médicaments chez les jeunes peut être initiée par un médecin dans le cadre d'un arrêt du cannabis, sans que cela soit nécessairement demandé par le patient. Par exemple, un jeune homme qui souhaitait faire une pause dans sa consommation de cannabis s'est vu prescrire deux ou trois médicaments dont du Xanax®, sans que son état psychologique semblait le nécessiter.

- La cocaïne

Ce produit était complètement absent dans ces quartiers au cours de la décennie 90. Son apparition y a été lente car les consciences restent marquées par l'usage d'héroïne dans les années 80 et qu'il reste encore associé à l'idée de drogue dure. Certains tenants du trafic ont des proches décédés de « la blanche », qui parfois désigne, dans ces quartiers, autant la cocaïne que l'héroïne.

Aujourd'hui, s'il est présent dans le trafic aux côtés du cannabis, ce n'est pas de façon systématique. En effet, certains réseaux refusent de se lancer dans sa vente car elle génère plus de conflits et de violence au sein et entre réseaux du fait de profits financiers plus élevés, et attire plus la police. Cette disponibilité nouvelle s'accompagne de l'émergence de sa consommation chez les personnes jeunes qui en ont les moyens financiers, autrement dit les plus âgées (18-25 ans), qui sont soit étudiants, soit en insertion professionnelle.

Au niveau des représentations du produit, chez ces usagers ou expérimentateurs apparaît un discours selon lequel la cocaïne est différente et moins dangereuse que l'héroïne. Ils s'approvisionneraient plutôt en boîte que dans leur quartier, signe que ce produit reste synonyme de risque de stigmatisation. Chez les plus jeunes (moins de 20 ans), il reste associé au modèle de la réussite facile d'un petit immigré (cubain) incarné par Al Pacino dans le film *Scarface*.

- Les autres produits

Quant à la consommation d'ecstasy, de speed ou de LSD, elle semble concerner une minorité infime. Peu de gens de ces quartiers se rendent en soirée techno. Les free party sont peu accessibles pour certains matériellement (voiture, argent et accès à l'information sur l'évènement). Ils sont plus présents dans les raves organisées en centre ville, qui représentent pour quelques uns une occasion de se faire de l'argent (deal). Il est rare, voire exceptionnel, de rencontrer des personnes issues des quartiers populaires dans les réseaux de participants aux évènements festifs techno. La sortie festive en rave ou en free party sera ponctuelle comme d'autres personnes qui fréquentent la scène électro techno en dilettante, ayant un faible intérêt pour ce style musical.

Enfin, est signalé, un fait sans doute observable chez des jeunes issus d'autres milieux sociaux, le développement d'un rapport dopant aux produits. C'est-à-dire où l'usage du produit remplit une fonction d'amélioration des performances. Ainsi, est remarqué un recours grandissant aux boissons stimulantes (RedBull®, Darkdog®) lors de contrôles ou d'examens de fin d'année.

- **La question de l'usage abusif de cannabis chez les jeunes**

- Des jeunes plus vulnérables que d'autres

Certains travailleurs sociaux déconstruisent l'idée de rajeunissement des fumeurs de cannabis en explicitant d'autres phénomènes qui distinguent cette minorité de jeunes fumeurs réguliers. Ceux-ci ont généralement des grands frères qui fument. Ils avaient déjà des souffrances et problèmes psychologiques avant leur entrée en 6^e et ils présentaient des difficultés d'apprentissage et des

manques dans la socialisation avant de consommer, que la consommation amplifie sans en être la cause. Ces difficultés sont en outre accrues au collège car ils perdent le cadre plus structuré et protégé de l'école et se retrouvent exposés à la violence verbale et physique des plus grands⁴⁴. Aussi, pour certains, fumer leur permet de se rapprocher des plus âgés et de réduire le rapport de force.

Dans le cadre de sa participation à l'Observatoire des ruptures scolaires⁴⁵, le centre social St Gabriel constate que chez les 11-15 ans, il est très rare que la rupture soit due à un usage abusif (l'élève arrive « défoncé » en cours). Sur un an, il n'y a que deux à trois élèves sur 1 200 qui sont concernés. Ce sont plutôt des problèmes psychologiques (mal être, rupture familiale, décès) qui sont à l'origine de ces ruptures scolaires. Par contre, une exclusion de l'établissement scolaire ou une énième dispute avec un professeur sont souvent le préalable à une élévation du niveau d'usage.

Dans le même temps, ces ados ont des parents absents physiquement car ils travaillent, partant tôt le matin et rentrant tard le soir du fait des distances, et/ou psychologiquement car « pris » dans une anxiété générée par les difficultés socio économiques et la déqualification sociale. L'échec scolaire est aussi souvent lié à l'indisponibilité ou à l'incompétence des parents à aider leurs enfants pour les devoirs et à suivre leur scolarité. Les difficultés socio-économiques, une faible qualification scolaire, et la déqualification liée au lieu résidentiel et/ou à l'origine culturelle (populaire et étrangère) délégitiment aux yeux de nombreux parents leur discours éducatif auprès de leurs enfants, d'autant plus si ces derniers leur renvoient ce déficit de légitimité.

Ainsi, les travailleurs sociaux soulignent que l'usage abusif chez les jeunes (16-25 ans), qu'ils connaissent souvent depuis tout petits, est moins lié au produit qu'à des souffrances antérieures à l'entrée dans l'usage et que l'élévation du niveau d'usage (quotidien et plusieurs fois par jour) se fait souvent dans une période de détresse affective, psychologique et de pression sociale forte.

- o L'usage abusif : entre représentation du produit et représentation de ses perspectives d'avenir

Les acteurs de terrain mettent en relation l'entrée dans l'usage abusif, comme l'entrée de certains dans le trafic, avec la représentation pessimiste que ces jeunes se font de leurs perspectives d'avenir, tant du fait de leur environnement social que de leur propre situation. En effet, ils sont entourés d'un grand nombre d'adultes, de la famille ou du voisinage, en inactivité professionnelle ou en activité irrégulière y compris chez ceux dont la qualification professionnelle et/ou le niveau d'études devrait permettre l'accès à un emploi. En effet, les habitants des ZUS présentent des niveaux de salaire plus faibles, une précarité professionnelle et des taux de chômage plus élevés que dans d'autres zones résidentielles⁴⁶.

Ces utilisateurs abusifs sont plus souvent en difficultés scolaires et d'apprentissage et sont sensibles au modèle de la réussite facile incarné par des sportifs, des participants aux émissions de type Star'Ac ou des chanteurs débutants que les maisons de production promeuvent en quelques semaines comme des stars reconnues. Ces difficultés, l'expérience de la déqualification liée à l'origine résidentielle et/ou culturelle et populaire, et ce modèle de la réussite facile déconstruisent le modèle de l'école comme permettant la réussite sociale. Dans cette déconstruction, les adultes impliqués dans l'éducation et la socialisation seraient eux aussi délégitimés.

Nombre d'entre ces jeunes ont ainsi le sentiment qu'ils n'accéderont pas à une position sociale, à une activité professionnelle, et à un mode de vie suffisamment satisfaisants et stables. Leur difficulté à se projeter dans un avenir acceptable pour eux donnerait ainsi sens à un (sur)investissement dans le présent de la sociabilité du groupe de pairs, de l'usage ou de l'accès à des biens matériels.

Le cannabis est associé au mythe du produit pur, arrivé directement du Maroc, qui sert à justifier l'usage. Il gêne l'estimation d'un usage comme étant devenu problématique. Les jeunes s'appuient également sur la distinction entre « bon » et « commercial » (apparue en 2004) pour argumenter qu'ils fument de la bonne qualité, sous entendu « sans risque ».

⁴⁴ Cette violence est intrinsèquement liée, entre autres, à la structuration du quartier : une forte concentration de populations dans des espaces clos, mal et peu aérés par des espaces de sociabilité, des espaces verts et des espaces de circulation.

⁴⁵ Cet observatoire est mis en place dans le cadre de la « loi d'orientation d'avril 2005 fixant à l'éducation nationale, conformément aux priorités européennes, l'objectif d'amener la totalité d'une classe d'âge, a minima, à une qualification reconnue de niveau V (...) Il a pour objet de suivre les élèves qui, connaissant des difficultés importantes, se trouvent en risque de rupture et de sortie sans qualification. », www.ac-aix-marseille.fr

⁴⁶ Couppié T., Gasquet C., op. cit.

Un intervenant de Tremplin souligne qu'un point d'accroche dans la prévention est la question des produits de coupe qui casse ce mythe de la pureté : dès la 1^e presse au Maroc, le produit est mélangé à de la boue et des excréments végétaux de chameau. Casser le mythe de la pureté aide les jeunes à prendre conscience de la logique commerciale du trafic qui a peu à voir avec l'entretien d'un lien affectif ou identitaire avec la région d'origine. Toutefois, le manque de données objectives tend à discréditer le discours de prévention. Ce qui fonctionne également dans le discours de prévention est l'équivalence en taux de goudrons du cannabis et du tabac.

D'autre part, l'intervenant souligne que l'impression de l'absence de dangerosité du produit résulte d'un constat du décalage entre le discours de la campagne officielle de prévention de l'usage de cannabis, et leurs expériences personnelles ou celles de leurs pairs. Ils ne peuvent percevoir le produit comme source de mal être, de dépression, voire de schizophrénie dans la mesure où l'observation de la réalité leur montre le contraire – sinon dans de rares cas.

A cela s'ajoute une absence de cadre pour un grand nombre de ces jeunes, une défaillance du discours de l'adulte quant aux représentations et aux discours des jeunes sur la réalité. Ce déficit de parole pose la question des limites et de la structuration du rapport au réel et de fait, de la perception des risques pris. Les intervenants soulignent en outre combien ces jeunes sont sensibles aux images véhiculées par les médias (télévision, Internet, jeux vidéo, panneaux publicitaires) et combien ces images structurent leur rapport à la réalité. Aussi, les représentations du produit sont élaborées dans les interactions entre pairs d'où le discours de l'adulte est exclu. Enfin, d'une part, sa visibilité chez certains adultes participe de cette représentation de l'usage de cannabis comme ne pouvant être problématique ; d'autre part, certains jeunes sont socialisés à une pratique addictive du fait de la consommation d'alcool, de médicaments ou de la pratique de jeux d'argent de leur(s) parent(s), fratrie ou parents désœuvrés.

Toutefois, nous émettons ici des réserves : si le discours sur l'innocuité du cannabis est effectivement tenu par nombre de jeunes fumeurs, l'existence d'un discours de stigmatisation des fumeurs les plus assidus (toute la journée sans discontinuer, qui « s'endorment » sur leur joint sans le passer aux autres) laisse penser qu'ils distinguent usage et abus. La moindre ou la non dangerosité du cannabis serait donc un argument de justification de la pratique comme l'on rencontre chez tous les utilisateurs de substances psychoactives illicites. Enfin, la difficulté en général des plus jeunes à parler de leur pratique d'usage ou autre, à exprimer ce qu'ils ressentent et ce qui leur pose question – à *élaborer* – rend difficile la compréhension de leur perception du rapport au produit.

- Une faible sollicitation des adultes en cas d'usage problématique

Différents acteurs associatifs ou du soin soulignent que ces jeunes utilisateurs de cannabis ne se rendent pas dans les consultations cannabis, et que cela n'est pas tant lié à leur éloignement géographique par rapport au lieu de vie, qu'à une méfiance par rapport à tout ce qui peut représenter, de près ou de loin, une autorité ou une institution. Ceci rend difficile l'estimation des usages problématiques de cannabis.

Comme dans d'autres milieux sociaux et concernant d'autres substances psychoactives, l'usage problématique ne concerne probablement qu'une minorité d'utilisateurs plus fragiles que d'autres. Sur un quartier du 14^e arrondissement, les référents animateurs jeunes estiment que sur les 12 000 habitants, une trentaine de jeunes (16-25 ans) fument quotidiennement. A l'exception de quelques uns, ces jeunes ne montrent pas de signes d'intoxication lorsque les travailleurs sociaux les croisent dans la rue, au centre social ou ailleurs, autrement dit hors du contexte d'usage. Signe que la grande majorité d'entre eux gère sa consommation.

Plusieurs raisons expliquent une faible sollicitation des travailleurs sociaux et des adultes en général : celles, déjà évoquées, qui ressortent de la représentation de l'adulte comme n'étant pas légitime pour parler de l'usage, et de la représentation du cannabis comme n'étant pas dangereux, et celles, liées à la relation avec le travailleur social. Les travailleurs sociaux sont souvent habitants ou anciens habitants des quartiers dans lesquels ils travaillent et connaissent les parents des jeunes notamment par le biais des petits frères ou petites sœurs. Aussi, les consommateurs craignent qu'ils ne « répètent » aux parents ou à d'autres. Il y a aussi la crainte de décevoir l'animateur que l'usager connaît parfois depuis qu'il est petit et d'essuyer ses reproches. Les travailleurs sociaux peuvent également ne pas être identifiés comme interlocuteurs compétents sur cette question précise, ou n'ayant pas la légitimité pour en parler car n'étant pas eux-mêmes utilisateurs de cannabis. De plus, le

décalage perçu entre l'expérience personnelle du produit et la campagne officielle de prévention discrédite le discours des acteurs de prévention et fait craindre qu'il soit moralisateur, culpabilisant et peu aidant. Enfin, l'évaluation de son usage de cannabis comme problématique est compliquée du fait même de sa mise en balance avec les images laissées par l'héroïne et que suscite également la cocaïne : celles de la déchéance, du déshonneur, de la violence, de la maladie et de la mort.

Enfin, des acteurs de prévention se questionnent sur le type de public concerné par les différentes modalités du dispositif pénal suite à une interpellation pour usage ou trafic de cannabis. A Aix en Provence, ce seraient essentiellement les jeunes du centre ville, des classes moyennes et aisées qui sont orientés en consultation cannabis, et non ceux des quartiers populaires – plutôt soumis à une amende ; à Marseille ce serait plutôt les jeunes des quartiers populaires que l'on rencontrerait dans ces consultations. De même, ils soulignent que le prix des stages de sensibilisation sur les risques liés à l'usage de stupéfiants risque d'exclure de fait les utilisateurs n'ayant pas les ressources (financières ou d'aide familiale ou amicale) pour l'assumer, impliquant pour ceux-ci, plus souvent que pour d'autres mieux pourvus, un risque plus élevé d'amende et/ou d'emprisonnement.

- **Le contexte d'usage : interconnaissance, histoire des drogues, évolution des rapports intergénérationnels**

Les travailleurs sociaux soulignent que le manque d'argent représente un frein majeur dans la consommation, y compris de cannabis, contrairement à d'autres milieux sociaux. Ceci contraint à l'achat collectif mais également à la consommation collective du produit – limitant d'autant la consommation individuelle et solitaire que l'on observerait plus souvent chez les jeunes de milieux sociaux plus favorisés. Ce manque d'argent explique aussi que pour pouvoir consommer, même occasionnellement, les personnes ont la possibilité de participer ponctuellement à la vente de cannabis. Un autre frein lié à la logique de territoire est signalé : les personnes n'iraient pas acheter dans d'autres cités/ quartiers que le leur, à moins que le trafic ne soit organisé par la même personne que celle qui l'organise dans leur quartier.

Un intervenant de Tremplin évoque une difficulté particulière du point de vue de la prévention qui est celle du tabou sur l'usage de substances psychoactives en général, tant chez les usagers que chez les non usagers. Les habitants de ces quartiers ont particulièrement souffert de la présence de l'héroïne dans les années 80-90 ; nombre d'entre eux ont des proches qui en sont morts, qui sont morts du SIDA, qui ont vécu une déchéance physique et 'morale', qui sont partis en prison. La mémoire collective des « *années héroïne* » est lisible dans le fait qu'aujourd'hui les principaux produits utilisés dans ces quartiers sont le cannabis, l'alcool et les médicaments, dans la persistance d'une connaissance stéréotypée des produits et de leurs utilisateurs, et dans la difficulté à évoquer ce sujet qui réveille des souvenirs douloureux et suscite des attitudes défensives. Or, les stéréotypes – l'usage est une fuite de la réalité, le cannabis conduit à expérimenter les drogues dures, l'usage rend violent, menteur et voleur... - et les attitudes défensives entravent une compréhension des motivations de l'usage autrement que sur le registre de la faiblesse individuelle ou de la défaillance parentale. Ils rendent difficile également, pour les usagers ou leur entourage, la recherche et l'appropriation d'informations sur les risques liés à l'usage.

Ce tabou sur l'usage a pour effet d'alimenter une stigmatisation et un isolement des utilisateurs de drogues illicites ou des usagers abusifs de drogues licites. Ces quartiers populaires se caractérisent par un degré élevé d'interconnaissance, synonyme de risque de discrédit pour l'utilisateur et de déshonneur pour ses parents⁴⁷. La concentration élevée du nombre d'habitants et la structuration architecturale de ces quartiers (immeubles ou petites rues) expose en permanence l'utilisateur au regard d'autrui. La connaissance mutuelle qui s'est faite au terme de plusieurs années, parfois de générations, favorise la circulation des informations sur la situation et les conduites de telle ou telle personne. Ainsi, les valeurs de l'honneur de la famille et du respect des parents, et, pour certains, du respect des valeurs religieuses, fonctionnent comme des freins à l'expérimentation de cannabis. Ainsi, les guetteurs et les vendeurs viennent souvent d'un autre quartier : pour ne pas être vus par la famille et les voisins, et ne pas déshonorer ses parents.

⁴⁷ On remarque une configuration similaire dans les zones rurales.

En même temps, ce respect des valeurs et la crainte d'un déshonneur familial ou personnel tendent à favoriser la clandestinité des usages, facteur de prise de risques. Ainsi, les travailleurs sociaux repèrent que les utilisateurs les plus jeunes et les plus fragiles (déscolarisation, insuffisance du cadre parental) consomment dans les lieux les moins visibles du quartier, se rendant difficilement accessibles aux adultes et aux acteurs de prévention. Dans le cas des jeunes injecteurs, le problème est d'autant plus grave qu'ils ne s'adresseraient pas à des utilisateurs expérimentés ou qui ont pratiqué l'injection alors qu'ils pourraient acquérir des connaissances sur la pratique et ses risques, ainsi que sur les dispositifs de réduction des risques et de soins, se privant ainsi de ressources d'aide. Cette attitude de défense s'observe également chez les femmes seules qui abusent des médicaments et/ou d'alcool et craignent notamment le placement de leur(s) enfant(s) du fait de cet usage⁴⁸.

Le crainte de la stigmatisation et du rejet conduisent ainsi un grand nombre d'utilisateurs à s'isoler, à se replier sur eux : l'équipe de proximité de SOS DI et les associations de prévention ADDAP et Réseau 13 évoquent une réelle difficulté à entrer en contact avec ces utilisateurs.

Les travailleurs sociaux expliquent en partie l'expansion de l'usage de cannabis par l'évolution des rapports sociaux notamment intergénérationnels. Jusqu'à la décennie précédente, tous les adultes du quartier participaient à l'éducation de l'enfant selon l'adage africain 'il faut tout un village pour élever un enfant'. Les difficultés socio économiques plus grandes des foyers, les valeurs actuelles de réussite personnelle et les discours sur l'individualisme généralisé des comportements accroissent le sentiment d'une compétition sociale et économique entre les personnes et les familles. La déqualification sociale, le chômage, la précarité, l'auto dévalorisation de soi génèrent aussi le sentiment d'impuissance à influencer sur son environnement quotidien. Ces deux types de processus se traduisent par une érosion de l'éducation collective des jeunes par les adultes. Ainsi, le rôle de transmission de l'adulte sur les valeurs, le sens et les limites, serait moins bien assuré et, de fait, beaucoup d'enfants s'en moqueraient, notamment lorsqu'il s'agit d'un adulte autre que le père ou la mère, le grand frère ou la grande sœur.

Sans pouvoir fournir d'explication, les travailleurs sociaux soulignent que l'attitude de nombreux grands frères vis-à-vis des « petits » est moins protectrice qu'auparavant. Ainsi, les grands frères refusaient leur présence quand ils consommaient et lorsque « un petit » (moins de 18 ans ?) était vu en train de fumer, il était réprimandé ; maintenant certains les font fumer. Les « petits » n'avaient pas non plus le droit de rester avec les vendeurs ; aujourd'hui ils acceptent leur présence car ils y trouvent un intérêt : soit ils vont leur acheter un sandwich ou boisson, soit ils en font des guetteurs car ils savent que leur minorité d'âge fait qu'ils ne risquent pas grand chose.

Nous proposons d'expliquer en partie ce changement dans les rapports intergénérationnels par rapport aux années 80-90 par le changement de produit, soit le remplacement de l'héroïne par le cannabis. Les risques sont perçus comme moindre avec le cannabis, les vendeurs sont plus souvent eux-mêmes consommateurs alors qu'auparavant c'était plus rare, enfin, le cannabis est un liant à connotation culturelle dans la sociabilité maghrébine. On peut aussi supposer que les grands frères d'aujourd'hui n'ont eux-mêmes pas bénéficié de ce discours protecteur sur les risques liés à l'usage de la part des aînés de la génération précédente car décimée par l'héroïne, le sida, la prison.

- L'implication dans le trafic : des processus complexes et multiples dans un contexte d'exclusion des biens matériels et symboliques

Si le trafic dans les quartiers des zones sensibles est le plus visible et le plus médiatisé – ce qui tend à réduire le phénomène à ces zones résidentielles spécifiques –, il est difficile d'évaluer ce qu'il représente au regard de l'ensemble des transactions concernant des substances illégales ayant cours au sein d'une unité urbaine. Les trafiquants des quartiers aisés ont plus de ressources pour cacher leur pratique illicite puisqu'ils disposent plus souvent d'un logement personnel et d'une plus grande mobilité grâce à un véhicule personnel. Les travailleurs sociaux observent que chaque quartier populaire a son lieu de deal mais le deal concerne un nombre infime de personnes. La structure du deal est la même : un homme qui dirige, qui a les contacts et fait vivre sa famille avec le trafic ; deux à cinq hommes qui recrutent les vendeurs, les surveillent et s'occupent de la logistique ; entre cinq et vingt vendeurs qui se relaient ; un guetteur par lieu de vente ; deux ou trois nourrices. Au total, entre 15 et 30 personnes sont impliquées sur 3 000 à 5 000 habitants d'un quartier.

⁴⁸ Priez S., 2008, Note thématique TREND « Femmes et usage de drogues dans l'espace urbain de Marseille. Des constats difficiles », AMPTA-CIRDD, OFDT

- Des relations de don et de contre don

L'implication dans la vente de cannabis se fait souvent de façon progressive et insidieuse. Elle commence par le guet ou un rendu de service à un vendeur en échange d'un peu d'argent (course d'achat de sandwich ou de boisson). Les vendeurs ne projettent pas forcément de faire des guetteurs des futurs dealers – ils ne sont pas dans une stratégie de recrutement puisque ce n'est pas eux qui en sont chargés. Mais ces échanges répétés créent des liens implicites d'obligation/ contre don du jeune vis-à-vis du réseau, sans que cela soit intentionnel au départ, qui vont faciliter son entrée dans le réseau. Ces échanges sont de plus l'occasion d'une socialisation aux règles, valeurs, codes et rôles attendus dans le trafic ; une socialisation qui, le jour où le réseau cherche un nouveau dealer pour remplacer celui parti en prison, favorisera le recrutement.

L'entrée dans le trafic se fait souvent dans une période de désœuvrement pour les jeunes déscolarisés, de chômage pour les jeunes sans emploi, de manque d'argent, de grande précarité, entre deux périodes d'emploi. Pour eux, ils se retrouvent « à rendre service » au réseau - et non à « dealer » - en échange d'argent. Cet échange de service est lui aussi lié à l'interconnaissance dans les quartiers : les gens se connaissent depuis l'école primaire et se côtoient au quotidien. Pour beaucoup, au début cette participation est provisoire – « j'arrête quand je veux » - mais leur situation économique – pauvre - qui ne change pas fait que le provisoire se prolonge.

Une autre façon de devenir redevable du réseau existe pour les sortants de prison, suite à des actes de délinquance qui ne sont pas toujours liés au trafic. Parmi eux, beaucoup entrent ou retournent dans le trafic de cannabis pour rendre, sous forme d'argent ou de temps de disponibilité, à des personnes travaillant dans le trafic, l'aide qu'elles leur ont apporté pendant leur passage en prison (envoi d'argent, cigarettes, aide financière à la famille). Cette aide n'a pas toujours été faite dans l'intention de générer ce lien obligataire, mais dans une logique d'appartenance au même groupe – défini ici par les liens familiaux, l'origine sociale et le lieu de résidence.

- Des logiques d'asservissement

Un autre type d'entrée dans le trafic est liée à l'évolution d'une réciprocité du don vers une situation de contrainte, c'est l'exemple des nourrices. Deux types de situation existent. Le dealer se fait usurier et prête de l'argent lors d'une période difficile économiquement pour la famille (rentrée scolaire, problèmes de santé, réparation de casse sur une voiture ou dans un appartement) ou pour un achat (voiture). La personne se voit contrainte de rembourser en participant au deal, par exemple, en stockant chez elle du cannabis ; elle ne vérifie pas le contenu et lorsque le dealer revient il dit qu'il en manque. Pour rembourser sa « dette », la personne se voit obligée de devenir « nourrice ». Un autre processus est celui par lequel une personne accepte de stocker du cannabis ou des objets, contre dédommagement, et se fait accuser d'en avoir pris une partie – ce qui est faux. Dans les deux cas, la personne finit par subir quelque chose qui devait être temporaire au départ.

Ces situations concernent ainsi les personnes les plus vulnérables sur le plan socio économique, notamment les mères seules, qui mobilisent leur réseau social en cas de difficultés. Lorsqu'elles n'arrivent pas à assumer les dépenses d'alimentation, d'éducation et de soin de leurs enfants, et/ou lorsqu'elles ont une relation amoureuse avec un homme qui leur demande ensuite de lui « rendre service ». De même, les réseaux de vente impliquent les personnes en s'appuyant sur les relations d'interconnaissance. Ces logiques d'asservissement s'insèrent ainsi dans la force des liens dans un quartier : il n'y a pas de fragmentation nette entre activités sociales et professionnelles, les usagers côtoient les non usagers, l'usager côtoie le policier, les parents côtoient le dealer...

- L'implication des plus jeunes

Selon les travailleurs sociaux, résidant ou ayant résidé dans ces quartiers, au cours de la décennie précédente, ceux qui vendaient ne fumaient pas, et c'était plutôt les leaders des groupes qui fumaient. Il y a aujourd'hui plus de jeunes impliqués dans le trafic et on assisterait corrélativement à une diffusion de l'usage chez ces jeunes. Ainsi, un des facteurs d'explication à la consommation quotidienne chez ceux qui sont impliqués dans le trafic est la gestion du stress que celui-ci engendre.

On peut se poser également la question d'une logique d'adaptation structurelle des réseaux aux emprisonnements successifs des vendeurs. Autrement dit, ce rajeunissement des vendeurs pourrait être moins le signe d'une appétence plus grande des jeunes pour le cannabis, qu'une stratégie des réseaux de remplacement des dealers les plus âgés partis en prison par des plus jeunes qui, lorsqu'ils sont mineurs, courent en outre moins de risques pénaux.

D'autre part, l'implication dans le trafic est source de gains matériels directs (argent, nourriture, cannabis) et indirects (vêtements, nourriture pour la famille, sorties...). Il apporte également des gains symboliques : occuper un rôle dans l'économie familiale et dans un système économique local, et une certaine reconnaissance de l'adulte, certes ambivalente – entre utilité sociale et délinquance/déviance -, mais que ces jeunes ne trouvent pas ailleurs. Les travailleurs sociaux utilisent plutôt le terme de « réseau » que celui de « trafic », la notion de réseau renvoyant à celle de « ressources », tant matérielles que symboliques, dans le milieu professionnel formel⁴⁹. Les gains du trafic sont aussi un moyen de sortir du quartier, de sortir de la ville, de s'échapper même provisoirement d'une situation qui apparaît bloquée, d'un cadre qui les renvoie à des perspectives réduites voire nulles d'évolution sociale. Ainsi, certains viennent aux séjours sportifs et camps de vacances organisés par les centres sociaux, grâce à l'argent du deal, leur famille ne pouvant le leur offrir.

Enfin, le deal est objet de fantasme chez les jeunes qui sont particulièrement sensibles aux images : celles du film de *Scarface*, puis aujourd'hui celui de *Mesrine*, et les clips de certains chanteurs. Ces produits de l'industrie culturelle véhiculent l'image d'une réussite par l'argent facile (trafic, vol, musique) qui semble plus accessible à certains que celle par l'école. Tremplin souligne que cette génération baigne dans un monde d'image (télé, jeux), alors même que le discours de l'adulte quant au nécessaire recul sur ces images serait défaillant. Ainsi les fantasmes quant au deal court circuitent le discours de prévention, d'autant qu'ils sont nourris par un contexte de difficultés économiques et sociales sur lequel les acteurs de prévention ne peuvent avoir prise. Cependant, Tremplin souligne également que tous les gamins d'un quartier voient passer la BMW et les vendeurs avec les habits de marque, tous ont envie d'avoir ces signes de réussite plus tard ; mais une minorité entre dans le deal. La grande majorité préfère obtenir ces objets par le travail, quitte à occuper un emploi peu valorisé et peu valorisant.

4. Focus sur les usagers de zones hors grande agglomération (Alpes de Haute Provence, Hautes Alpes, Var)

Ce focus est issu d'un questionnement quant à une éventuelle spécificité des pratiques d'usage de produits et des facteurs de vulnérabilité aux risques des participants de l'espace festif qui résident dans des départements moins urbanisés que la zone côtière : Alpes de Haute Provence, Hautes Alpes, Var. Nous n'avons pu investiguer le Vaucluse et les Alpes Maritimes. La dimension exploratoire et la limitation géographique du recueil appellent à lire les données suivantes avec prudence. Les données sont issues d'entretiens conduits avec des utilisateurs de l'espace festif techno et des professionnels du CAARUD Point Alpha et du CSST Parenthèse de Digne les Bains, du CSST Le Cap de Gap, et du CSST Dracenie de Draguignan.

- **Des pratiques d'usage festif identiques aux zones plus urbanisées**

Comme dans la zone côtière, les utilisateurs de l'espace festif techno sont âgés entre 16 et 40 ans, la majorité ayant entre 18 et 30 ans. Au niveau de l'activité socio-professionnelle, la proportion d'étudiants est moins importante : ceux-ci vivent à proximité des facultés et universités, à Marseille, Toulon, Aix en Provence. La majorité occupe donc un emploi ou est au chômage.

Nous ignorons si la disponibilité des produits illicites est équivalente entre les fêtes organisées dans ces zones moins peuplées et ceux des zones côtières. Mais les produits cités par ces utilisateurs sont ceux habituellement présents dans les fêtes techno : MDMA/ ecstasy, LSD, amphétamines, champignons, cocaïne, héroïne. Ces zones (environs de Sisteron, Gap, Digne les Bains, Draguignan) se situent non loin de deux axes par lesquels transitent des substances illicites : l'un, autoroutier, partant d'Aix jusqu'à Grenoble, et un autre, routier, partant d'Italie-Nice, passant par Draguignan et remontant vers le nord également. Il est donc probable que la disponibilité des différents produits illicites se situe à des niveaux proches de la zone côtière⁵⁰.

⁴⁹ Cf. *La proximité à l'épreuve de la débrouille*

⁵⁰ Il est probable également que la disponibilité de champignons psilocybes est plus élevée dans cette région de pâturages.

L'usage d'alcool et de cannabis domine les consommations. Les professionnels soulignent l'importance de la consommation d'alcool, et le fait que la culture domestique permet une disponibilité constante de cannabis, évitant aux personnes de prendre le risque d'aller s'approvisionner à Marseille. Les professionnels ont l'impression d'une consommation croissante d'alcool chez les moins de 30 ans, mais l'augmentation du nombre de personnes reçues venant sur injonction thérapeutique suite à un délit d'ivresse participe de ce constat. Chez les plus jeunes, notamment des collégiens et lycéens, est signalée l'apparition (?) d'un mélange de coca-cola et de pastis appelé « *diesel* » : ils connaissent la potentialisation des effets lorsque l'alcool est mélangé au sucre.

Comme sur la zone côtière, peut être avec quelques années de délai, les produits illicites sont plus disponibles qu'auparavant dans des espaces festifs commerciaux tels que les bars et les boîtes de nuit. Ainsi, ecstasy/ MDMA, amphétamines et, dans une moindre mesure, cocaïne y feraient l'objet d'une consommation plus répandue autant chez les plus jeunes (moins de 20 ans dont des mineurs) que chez les plus âgés (30-40ans) par rapport à une dizaine d'années en arrière. Les professionnels notent particulièrement une augmentation de la disponibilité de cocaïne depuis 3-4 ans.

Pour les participants de l'espace festif techno de ces zones géographiques, une des spécificités de la pratique d'usage est sans doute le fait que les produits sont plus souvent consommés dans des soirées privées (apéritif en semaine ou fête le week end), en second lieu dans les free-partys et teknivals du fait de leur moindre fréquence et de leur éloignement, et les discothèques locales de façon plus exceptionnelle. Du fait du climat, les free partys et teknivals ne sont pas aussi nombreux que dans les régions d'altitude moins élevée, contraignant leurs participants soit à faire plusieurs heures de route pour se rendre dans une soirée aux environs de Marseille, d'Avignon, d'Aix-en-Provence ou en Italie, soit à fréquenter des discothèques dont ils trouvent souvent l'ambiance et la musique « ringardes ». Un phénomène plus spécifique aux petites villes⁵¹ est l'organisation de « tuning partys » - fêtes dans la nature, la musique étant diffusée d'un poste radio équipé d'un système d'amplification du son – qui supplée au manque de lieux festifs diffusant de la musique électro techno appréciée par les participants de soirées techno. Ces micro événements sont synonymes d'une vulnérabilité spécifique car ils restent des espaces de consommation de produits dans lesquels les associations de RDR n'interviennent pas.

Enfin, comme le souligne l'équipe du CAARUD Point Alpha, il est difficile d'évaluer l'ampleur d'un phénomène lié à l'usage de produits illicites dans ces zones, tant il est amplifié par le jeu du bouche à oreille qui, en répétant l'information, démultiplie son importance. Ainsi, le centre a reçu au printemps un appel téléphonique du village de Barcelonnette signalant une augmentation du recours à l'injection après avoir trouvé du matériel. Au moment où nous l'avons rencontrée, l'équipe ne sait pas s'il a été trouvé deux ou trois seringues – probablement utilisées par une seule personne – ou une dizaine – utilisée par plusieurs personnes, et souligne que « l'augmentation » peut être l'effet d'amplification de la quantité de matériel trouvé par le jeu du bouche à oreille.

- Une minorité d'utilisateurs plus vulnérables

Plusieurs profils d'utilisateurs plus vulnérables sont distingués dans la file active des centres de soins spécialisés :

- des personnes âgées entre 17 et 35 ans, en situation d'insertion (logement, parfois chez les parents, études ou travail) ou de semi insertion sociale, c'est-à-dire disposant d'un logement (qui est parfois une caravane) mais ayant une activité professionnelle irrégulière. Ils sont participants ou non de l'espace festif techno. Après le cannabis et l'alcool, ils ont débuté l'usage de psychostimulants (ecstasy, amphétamines, cocaïne). La plupart arrivent pour une demande de soin par rapport à l'héroïne, parfois en injection, d'autres par rapport à la cocaïne. Certains suivent un traitement de substitution, ils sont dans des situations sociales stabilisées. L'injection et le free base restent des pratiques marginales.
- des personnes en situation d'errance, que l'on retrouve dans les structures bas seuil de Marseille et d'Aix : jeunes (entre 15-25 ans), sans domicile, souvent en rupture de liens familiaux et sans ressources, avec des niveaux de qualification faible et des sorties précoces du système scolaire. Beaucoup trouvent à travailler lors des saisons de cueillette des fruits ou

⁵¹ Il est également observé dans les alentours de petites villes de la côte.

pour des petits boulots de maçonnerie⁵². Ils sont rarement injecteurs par rapport à leurs aînés (catégorie ci-après), l'usage n'a pas encore induit des dégâts physiques visibles, mais certains sont atteints d'hépatite C. Ils consomment alcool, cannabis, cocaïne, LSD, amphétamines ; une partie, du Subutex®, acheté sur le marché noir ou prescrit par un médecin dans le cadre d'une substitution. Or, « ce type de public reste relativement coupé des (actions de réduction des risques) puisqu'il est, d'une part, éloigné des centres urbains; et d'autre part, ne se rend que très peu dans des événements festifs (free-party ou teknival de temps à autre), préférant les calages entre soi, ou les soirées privées dans la région »⁵³.

- des personnes issues de la génération des injecteurs des années 1980-90. Elles ont une trajectoire de polyconsommation avec un produit dominant : généralement l'héroïne, notamment chez les plus âgés, ou la cocaïne alternant avec les amphétamines, notamment chez les moins de 30 ans. Elles ont une consommation quotidienne et apparemment en augmentation, d'alcool, notamment de bières fortes, souvent en association avec des benzodiazépines. La plupart suivent un traitement de substitution. Une majorité d'entre eux présente une pathologie psychiatrique et une infection à l'hépatite C, certains sont malades du VIH. Dans cette génération, nombreux sont ceux qui ont quitté une grande ville, parfois du nord de la France, dans l'idée de « se mettre au vert » au sens propre (mythe de la vie tranquille à la campagne) comme au figuré (idée que l'éloignement des tentations de consommer que l'on trouve dans les grandes villes aidera l'arrêt de l'usage).

Or, ces utilisateurs sont amenés à se rencontrer sur certains lieux publics des plus grandes de ces petites villes, en l'occurrence Gap (environ 36 000 habitants) et Draguignan (environ 33 000 habitants), ce qui peut s'accompagner d'échange de pratiques d'usage de produits.

A Gap, le CSST rencontre des collégiens et lycéens orientés par les établissements scolaires pour un usage de cannabis. Dans les entretiens, certains d'entre eux disent commencer à expérimenter des produits de synthèse et vouloir un chien, un camion et « partir » - autrement dit, les attributs du stéréotype idéalisé du traveller. Ces quelques jeunes gens, consommateurs d'alcool et de cannabis, passent du temps avec des personnes plus âgées, plus précarisées, plus consommatrices. Ces personnes « de la rue » - avec la symbolique bohème à laquelle renvoie ce terme - exercent une attractivité sur ces adolescents en recherche d'expérience et de changement de leur vie quotidienne : ils n'incarnent pas l'image négative des « junkies » ou des « tox », ils représentent positivement la transgression, la liberté, le voyage « au bout du monde », et la mise à distance de leur quotidien. Ces rencontres sont l'occasion de boire de l'alcool et prendre d'autres produits avec ces personnes en errance : celles-ci, parfois à peine plus âgés, ne peuvent pas se positionner sur la dangerosité de la consommation, puisqu'elles assument, voire revendiquent, la leur. Mais ces jeunes, qui se joignent à eux le temps d'un après midi ou d'une soirée, en recherche d'expériences, méconnaissent et ne mesurent pas les prises de risque liées à ce mode de vie et à ces usages de produits, et notamment le fait que leur morphologie adolescente ne peut y réagir comme une morphologie adulte.

De même qu'à Marseille, la précarisation des personnes reçues est soulignée comme s'étant accrue ces deux dernières années : les jeunes en situation de grande précarité (sans logement, sans emploi, sans ressources) sont plus nombreux, et les plus âgés, déjà en situation de précarité, sont aujourd'hui dans une situation pire qu'avant. Si, auparavant les $\frac{3}{4}$ de la file active étaient en situation d'insertion et $\frac{1}{4}$ en situation de précarité (certains n'ayant aucune ressource, notamment les jeunes, les autres très peu), aujourd'hui la tendance est inversée. Ceci à tel point que le CSST de Draguignan constate que de plus en plus de premières sollicitations d'utilisateurs ont pour objet une demande d'accompagnement social – et non d'aide à l'arrêt de la consommation et d'initiation d'un traitement de substitution.

Cette précarité s'accroît notamment pour les jeunes (moins de 25 ans) chez lesquels l'habitat dans des camions et des caravanes se développe dans un climat particulièrement rude puisque semi montagnard. S'ils revendiquent le choix d'un autre mode de vie, il est aussi contraint par la difficulté d'accéder à un logement. D'ailleurs, il ne s'agit pas forcément des participants du milieu techno, inspiré par le mythe des voyageurs, mais des travailleurs précaires (saisonniers et intérimaires). Une autre caractéristique de ce public réside dans le fait que si la précarité était auparavant liée surtout à

⁵² Il est évident que ces saisonniers se distinguent des saisonniers étrangers venant en France pour travailler et qui ne consomment pas.

⁵³ Grimaud C., 2008, Note thématique TREND *La consommation de produits psychoactifs en milieu rural. Observation dans les Alpes de Haute Provence et les Hautes-Alpes*, AMPTA-CIRDD, OFDT

la consommation d'alcool ; aujourd'hui en touchant plus les jeunes, elle est liée à la consommation de produits psychoactifs de l'espace festif, synonyme d'autres prises de risques.

- Des facteurs de vulnérabilité plus ou moins spécifiques

o Désœuvrement, saisonnalité des emplois et risques de stigmatisation

Deux aspects spécifiques du mode de vie alpin sont le désœuvrement et l'isolement relatifs des personnes, qui participent des motivations de l'usage de produits psychoactifs. Etant donné l'éloignement des personnes et l'offre peu développée de transports publics, tout déplacement dans une autre agglomération ou pour rendre visite à des amis supposent de disposer d'un véhicule. Ce qui n'est pas dans les possibilités financières ou légales (âge) des plus jeunes. A Digne les Bains, Point Alpha souligne que la consommation va avec l'ennui des jeunes. Enclavée au fond d'une vallée, la petite ville offre peu d'activités de loisirs pour les jeunes en dehors de l'unique cinéma et des activités de montagne qu'ils font depuis tous petits et dont ils finissent par se désintéresser, et il leur est difficile de se rendre à Gap ou Marseille. Ainsi, les collégiens consomment notamment le mercredi après midi, essentiellement de la bière et du Red Bull®, et plus rarement des alcools forts.

« Le désœuvrement et l'ennui peuvent être à l'origine d'une entrée dans la consommation régulière de produits psychoactifs, une sorte d' « aménagement du possible » pour certains, un moyen d'évasion pour d'autres. »⁵⁴. Chez certaines personnes, l'expérience des sensations physiques et psychiques induites par les produits psychoactifs vient divertir et occuper, permet de gérer l'ennui et l'immobilité liés à la faible diversité des activités de loisir possibles et à un réseau de sociabilité peu étendu. Cet ennui et la difficulté de dépenser une énergie physique autrement que dans des activités devenues lassantes à force de les pratiquer (balades, vélos, ski) est exacerbé pendant les périodes de chômage chez des personnes qui occupent souvent des emplois précaires - saisonniers ou intérimaires. Le désœuvrement est aussi lié au rythme de travail saisonnier propre à ces régions touristiques qui alterne périodes d'activité professionnelle et périodes de moindre activité, voire d'inactivité.

« Ici, c'est sûr que c'est les jeunes qui se défoncent, faut pas non plus généraliser... ça concerne pas tout le monde. Mais bon, le problème c'est que c'est à temps complet..! Y'a pas mal de potes qui sont dedans, et là c'est pas tant la fumette.. ils picolent et ils tapent (sniffer) toute la journée (...) quand ils ne bossent pas ; et quand ils bossent c'est avant le boulot » (Jules).

Mais l'ennui n'est pas seulement lié à la pauvreté, somme toute relative, des activités, mais à l'isolement qui résulte de l'éloignement des amis ou à la lassitude de côtoyer les mêmes personnes depuis l'enfance, parfois au quotidien. L'isolement est surtout le quotidien de jeunes qui n'ont pas encore fondé de famille et vivent seuls, ou d'usagers plus âgés et citadins, qui ont quitté la ville dans l'idée de « se mettre au vert » et se trouvent seuls. Chez ces derniers, cette solitude est parfois « comblée » par une surconsommation d'alcool ou de cannabis ; ils manquent d'interlocuteurs auprès desquels verbaliser les difficultés de la gestion de l'usage ou dans la prise des traitements de substitution. Cet éloignement, notamment par rapport à des professionnels pouvant apporter un soutien, est parfois accentué lorsque les personnes se retrouvent sans permis suite à un délit d'ivresse au volant. Par exemple, une personne doit faire deux heures et demie de route de montagne pour venir au CSST de Gap ; aussi le CSST a mis en place un réseau avec les pharmacies les plus proches des lieux de résidence de certaines personnes, qui peuvent ainsi se procurer la méthadone directement dans ces officines.

La saisonnalité d'une grande partie des emplois induit un mode de vie et des modalités d'usage particulières. Dans ce milieu professionnel, il a toujours existé une consommation importante d'alcool et de cannabis, mais il semble que la consommation soit aujourd'hui plus élevée dans les rythmes et quantités, et plus diversifiée : alcool, cocaïne, héroïne, amphétamines, ecstasy. La « logique d'usage »⁵⁵ dans ce milieu professionnel se caractérise à la fois par l'isolement des personnes et la pénibilité physique de l'activité d'une grande partie des emplois de la restauration, du commerce, du bâtiment ou de l'encadrement d'activités sportives. Ces emplois nécessitent, du fait de leur durée, de

⁵⁴ Grimaud C., op. cit.

⁵⁵ Verchère C., op. cit.

leur rythme et du stress qui l'accompagne, de leur répétitivité quotidienne ou presque (intervalle de jours de congés) sur plusieurs mois et du climat hivernal, une endurance physique et donc psychique importante. Pour se détendre et plutôt que de se retrouver seules après le travail, les personnes se retrouvent pour l'apéritif et passent leur soirée à consommer dans une recherche de détente d'un corps qui a trop enduré. Dans une sorte de « renversement de la vapeur », « *après avoir eu un shoot de boulot, ils prennent un shoot de produits* » (professionnel de CSST).

Un autre aspect du travail saisonnier est le « *syndrome de Peter Pan* », un concept du psychanalyste Dan Kiley qui décrit la peur de certains enfants de grandir ou des adultes mal à l'aise dans le monde adulte. En effet, les travailleurs saisonniers sont souvent des personnes qui ont commencé à travailler aux alentours de 17-18 ans et n'ont depuis pas évolué professionnellement. Pour eux, il est plus difficile de passer le cap de la jeunesse du fait de la répétitivité annuelle de l'activité professionnelle et de la précarité induite qui gêne la construction d'une vie de famille. Le changement de rythme dans l'intersaison comme au cours de la vie est brutal et difficile à faire. L'usage quotidien ou régulier de produits psychoactifs qui installe une ritualité, ainsi que la pauvreté des possibilités d'évolution professionnelle gênent la transition vers une autre étape de la vie tant professionnelle que sociale, mais également vers un usage des produits plus modéré.

Il nous semble qu'un autre facteur de vulnérabilité peut être identifié et que l'on retrouve dans les quartiers de Marseille où l'interconnaissance est grande : le risque de stigmatisation qui génère l'isolement des personnes. Une personne qui consomme des produits illicites est rapidement repérée à partir du moment où elle est vue sur la voie publique dans un état de conscience modifiée ou interpellée pour usage par la police ou la BAC, ceci d'autant plus si elle a adoptée un style vestimentaire marginal très marqué. Ce type d'évènement sera rapidement connu de l'entourage, plus ou moins proche, et certaines personnes ne manqueront pas de lui signifier, verbalement ou dans leur attitude, leur désapprobation, voir un rejet. La stigmatisation est également forte à l'intérieur des groupes de pairs lorsque l'usage de l'un d'entre eux devient abusif au point de modifier son comportement, son ancrage dans la réalité, ou lorsqu'il passe à une pratique d'injection ou de *free base*.

Dans une ville d'importance relative, ce risque de confrontation à la désapprobation sociale, voire à la dévalorisation, est moins grand du fait de l'anonymat et de l'importance numérique de pairs plus importants. Mais dans de petites unités résidentielles, on peut se poser une question en terme de processus d'identification : l'exposition à la stigmatisation plus grande, plus rapide et plus partagée par l'entourage ne favorise-t-elle pas chez la personne concernée un processus d'identification au « tox » ou « au marginal » qui se traduise effectivement par un investissement plus important de l'usage de produits – et des prises de risques conséquentes ? En favorisant le repli sur soi comme attitude défensive, la stigmatisation n'accroît-elle pas le risque d'un investissement plus grand dans l'usage (élévation du niveau d'usage), dans une dynamique de renforcement mutuel ?

- Des ressources locales insuffisantes en réduction des risques et un suivi spécialisé compliqué par l'éloignement...

Les prises de risques liés à la conduite routière sont d'autant plus élevées que le moindre évènement suppose de faire plusieurs dizaines de kilomètres pour s'y rendre. Ceci, notamment pour les participants de l'espace festif techno qui, particulièrement mobiles, se rendent dans des évènements ayant lieu aux alentours d'Avignon, de Marseille, de Nice ou en Italie.

Les interventions de réduction des risques dans les évènements festifs ordinaires, c'est-à-dire hors festivals, où la consommation de produits psychoactifs est avérée ou probable sont rares.

« Y'a souvent des assos qui viennent poser leur stand. Après, c'est en général dans les gros tekos ou des teufs avec des sound systems connus qui vont ramener du monde.. Les petites teufs, en général, y a personne : pas beaucoup de gens et pas d'asso. Et là, selon ce qui tourne, il peut y avoir des bad trip que personne sait gérer. Alors tu te démerdes avec tes potes. » (Loïse)⁵⁶.

« Un suivi et des soins peuvent être dispensés à toute personne dépendante, mais il n'existe, à ce jour, aucune structure ou mission chargée d'intervenir en amont de la dépendance d'une personne dès lors que l'on s'éloigne des grandes agglomérations (Marseille). Dans les Alpes de

⁵⁶ Grimaud C., op. cit.

Haute Provence, le seul CAARUD se trouve à Digne-les-Bains, située dans une vallée difficile d'accès. Dans les Hautes Alpes, il n'y a pas de CAARUD mais « seulement » un CSST »⁵⁷.

Cet unique CAARUD à l'intersection de ces deux départements intervient principalement dans des concerts et festivals où, certes, sont présentes des personnes participant aux fêtes techno, mais où la consommation d'autres produits que le cannabis et l'alcool est peu répandue. En outre, il semble que les organisateurs d'évènements illégaux le sollicitent peu, soit parce qu'ils ne sont pas identifiés comme à même de répondre à la demande – alors que certains ont sollicité par exemple le Tipi et Bus 31/32 -, soit du fait d'une méfiance à leur endroit liée à sa méconnaissance (crainte d'un discours moralisateur ou qu'ils préviennent les forces de police), soit parce que les évènements sont effectivement rares et plutôt organisés plus au sud. Cette méconnaissance des principes et des acteurs de la réduction des risques se retrouverait également chez une partie des acteurs institutionnels, de l'application de la loi et de la santé de ces départements.

Rassemblant entre une dizaine et une cinquantaine de personnes, les « tuning partys » et les soirées dans des bars, de même que des évènements techno en salle, ne bénéficient d'aucune présence d'intervenants de prévention et de réduction des risques alors que les consommations ne sont pas toujours restreintes à l'alcool et au cannabis. Les CAARUD marseillais et aixois ne disposent pas non plus de moyens, matériels et humains, suffisants pour intervenir sur tous les évènements festifs de la région.

Pour une partie des jeunes utilisateurs résidant dans ces départements, « *la situation est préoccupante puisqu'il y a un réel risque de désaffiliation sociale et de repli sur soi : dans des régions où les emplois se font rares, a fortiori lorsque l'on a peu de qualifications, l'entrée dans une toxicomanie – quel que soit le produit - accroît l'isolement d'une personne* »⁵⁸ et réciproquement. La mise en place d'une structure mobile (sur le modèle du bus de l'association Entractes dans les Alpes Maritimes) répondrait à la fois aux demandes de soutien et d'information d'utilisateurs qui souhaitent ou ressentent la nécessité de bifurcation d'une trajectoire d'usage problématique vers un usage occasionnel et contrôlé, mais également à la spécificité alpine d'un éloignement des utilisateurs par rapport à l'information et aux outils de réduction des risques et aux structures de soin spécialisé.

Un projet de CAARUD avait été pensé dans les environs de Gap et Sisteron, mais il a été abandonné. L'information et la diffusion d'outils de réduction des risques reste donc insuffisantes au regard de l'importance du public concerné, qu'il s'agisse des participants aux fêtes techno ou de personnes consommant dans d'autres contextes. Or, une information et surtout des intervenants de réduction des risques sont des ressources nécessaires aux personnes qui ont un usage problématique de produits pour leur permettre de *bifurquer* avant d'entrer dans une consommation addictive génératrice de déstabilisation sociale et de risques sanitaires. En l'état actuel des choses, il existe un vide entre la prévention et le soin spécialisé ou, pour reprendre une analogie ferroviaire, une absence de zone de triage soutenant les personnes dans « *l'autoévaluation de leur rapport aux produits* »⁵⁹, préalable à une réorientation ou un arrêt de l'usage avant qu'il n'entrave leurs possibilités d'évolution sociale et d'épanouissement personnel, et n'altère leur état de santé.

Enfin, les professionnels des différents CSST soulignent que l'éloignement des personnes et la non disposition d'un véhicule pour un grand nombre d'entre eux, ainsi que les petites équipes, compliquent leur suivi dans le temps et la continuité. Ils soulignent le paradoxe entre la plus grande facilité à trouver un logement peu onéreux et la recherche d'un éloignement des réseaux de vente dans des zones reculées, et la nécessité de se rendre régulièrement dans les structures de soins.

Cela implique des ajustements dans l'organisation et la proposition des modalités de prises en charge, notamment la définition d'un seuil d'exigence : comment contraindre quelqu'un à venir chercher sa méthadone tous les jours et à venir, en outre, aux rendez vous de psychothérapie chaque semaine lorsqu'il réside à 60 km de la structure ? Lorsque la personne occupe une activité professionnelle, qui plus est dans une autre ville, le suivi est encore plus compliqué. A Draguignan par exemple, les heures d'ouverture pour l'obtention de méthadone sont de 8h30 à 11h30 en semaine ; le seul moment pour ceux qui travaillent est le mardi de 12h à 14h. Cela suppose pour les équipes une organisation cohérente des rendez vous et un important travail de concertation et de coordination entre les différents professionnels (infirmier, assistante sociale, psychologue) afin d'éviter pour la personne une multiplicité des visites qui risque de la décourager et de mettre en péril la continuité du

⁵⁷ Grimaud C., op. cit.

⁵⁸ Grimaud C. op. cit.

⁵⁹ Hoareau E., 2005

suivi et son efficacité. Cela complexifie le travail également car les modalités de prise en charge sont définies au cas par cas selon les possibilités des personnes.

- ...mais un réseau de prise en charge plus facile à activer

Les professionnels des CSST soulignent que le petit nombre d'usagers et de professionnels, un territoire moins étendu et l'interconnaissance des structures, qui permet la personnalisation des relations, favorisent le travail partenarial et la réactivité de la prise en charge⁶⁰. L'information entre les professionnels circule plus facilement et le repérage des structures par les utilisateurs est plus rapide. Dans une petite ville, les relations professionnelles sont plus conviviales du fait de la proximité au quotidien et la lenteur administrative est moins grande du fait de la plus petite taille des services. Cette interconnaissance des professionnels facilite également la connaissance des usagers et la proposition de modalités de prise en charge adaptées.

On observe les mêmes problèmes de logement qu'à Marseille mais la population étant moins importante, il est plus facile de trouver des solutions d'hébergement. A l'inverse, dans les grandes agglomérations, le contact avec les CHRS est plus difficile. En effet, les équipes devant encadrer un nombre de bénéficiaires plus important, elles se retrouvent plus fréquemment en difficulté et ont, de fait, plus de réticence à les accueillir.

Enfin, le CSST de Digne les Bains souligne qu'il est plus facile de mettre en place un suivi psychothérapeutique avec les personnes sur un petit territoire : l'accueil d'une petite population d'utilisateurs permet une plus grande disponibilité des professionnels du soin. Ainsi, la structure promeut une approche de haut seuil d'exigence, non en terme d'abstinence, mais de l'obligation des personnes à s'inscrire dans une démarche psychothérapeutique. Cette exigence se veut bienveillante et structurante en reposant sur le principe de poser des limites/ règles à des personnes qui ont souvent du mal à s'en poser. La posture ne se veut pas infantilisante, mais pleinement respectueuse de l'humain à travers une approche globale de la personne et de son histoire.

⁶⁰ Ces remarques sont également faites par le CSST d'Aubagne, agglomération limitrophe de Marseille mais plus petite.

IV. Approche par produits psychoactifs

1. Les opiacés

- L'héroïne

• Disponibilité et prix

Globalement, à Marseille, la disponibilité serait constante mais en petite quantité ; elle ne serait consommée de fait que sur une ou deux soirées. Chez les personnes venant d'autres villes, Marseille reste perçue comme une ville où l'héroïne est peu présente. A Aix, on la trouve également dans de petits cercles d'initiés, qui ont commencé l'usage dans les années 80-90 ; on en trouverait plus facilement dans les free-partys qu'en ville.

Toutefois, cette disponibilité semble aléatoire : au cours du premier semestre, elle aurait diminué sur les lieux de vente observés en 2007 ; au second semestre, elle aurait ré-augmenté. La responsable d'observation en milieu urbain émet deux remarques à ce sujet. D'une part, la baisse de la présence d'héroïne dans le public des CAARUD ne signifie pas qu'elle diminue également dans des cercles d'usagers bien insérés qui peuvent s'approvisionner ailleurs. D'autre part, cette irrégularité pourrait illustrer que le marché de l'héroïne peine à se réimplanter à Marseille faute de clientèle suffisante. D'ailleurs, la qualité serait médiocre et le prix estimé trop élevé par le public des CAARUD.

Il reste difficile de dire si la disponibilité augmente sur l'ensemble de l'année. Selon les professionnels de l'application de la loi rencontrés, c'est un produit anecdotique dans les interpellations ; ils ne confirment pas son retour sur Marseille et Aix. Les intervenants RDR n'ont pas l'impression que les usagers du bas seuil en parlent plus.

Dans l'espace festif, ce produit reste rare et peu visible, mais il est plus fréquemment évoqué qu'il y a quelques années. Cette plus grande visibilité peut aussi s'expliquer par un moindre tabou sur son usage.

Il s'agit essentiellement de 'la brune'. Au cours du second semestre, des bénéficiaires des CAARUD marseillais font retour sur une héroïne qui serait bien dosée et dont « *on tombe vite accro* ». L'analyse du CEIP de Marseille a montré qu'il s'agissait d'une héroïne mal synthétisée (présence de 6 Mono Acétyle Morphine), mais, aussi lipophile que l'héroïne correctement synthétisée, elle pénètre aussi rapidement dans le cerveau (sensation de flash). De l'héroïne de très bonne qualité est également signalée dans des cercles d'usagers insérés socialement et à l'aise financièrement.

Dans l'espace urbain, le prix est estimé entre 40 et 120 € le gramme en fonction du type (brune ou blanche) et de la qualité du produit. Dans l'espace festif, le prix connu se situe entre 30 et 50 € le gramme : ce prix plus bas serait-il une stratégie marketing pour constituer une clientèle ?

• Mode de consommation et conséquences sanitaires

Dans l'espace urbain, c'est l'injection qui représente la voie d'administration la plus utilisée : elle procure le plus d'effets pour le moins de dépense. Dans l'espace festif, c'est la voie nasale qui reste privilégiée ; le recours à l'injection concerne soit des usagers identifiés dans l'espace urbain, soit quelques usagers de l'espace festif. La pratique du speed ball reste d'usage, mais apparemment de façon plus répandue dans l'espace festif commercial.

En mai, une infirmière de CSST signale la présence d'une héroïne rose, qu'elle suppose coupée avec du Xanax®. L'héroïne disponible au second semestre contenant de la 6 Mono Acétyle Morphine a fait craindre des overdoses (teneur en opiacés anormalement élevée par rapport à la moyenne marseillaise). Mais aucune conséquence sanitaire liée à la prise de ces produits n'est à déplorer.

Cette infirmière constate aussi que quelques personnes qui s'étaient stabilisées avec un traitement méthadone ont réutilisé de l'héroïne. Elle ignore si cette reprise indique une perte de contrôle de l'usage d'héroïne, si les usagers sont au contraire dans un usage contrôlé après avoir abandonné la méthadone, ou s'ils gèrent une consommation alternée des deux produits. En décembre, un professionnel de CSST signale que ce regain d'intérêt pour l'héroïne s'est arrêté avec le Ramadan

(moindre disponibilité). La médiatisation d'un retour de l'héroïne en France expliquerait-elle ce regain d'intérêt pour ce produit chez des usagers qui en avaient cessé l'usage ? Il reste difficile de répondre.

Ceci est à mettre en lien avec la récrimination chez les bénéficiaires du bas seuil des traitements de substitution comme n'ayant pas réglé le problème de leur pharmacodépendance et dont le sevrage est perçu comme physiquement et psychologiquement, plus difficile que celui de l'héroïne. Certains disent qu'ils seraient prêts à repasser à l'héroïne pour se sevrer des produits de substitution.

« S'il y avait de l'héro, j'arrêteraient le Sub ou la métha parce que c'est plus facile d'arrêter l'héroïne que les produits de substitution, même si c'est dur pendant trois semaines. La métha on peut l'arrêter par paliers mais les paliers avec l'héro sont plus rapides ».

• Effets, fréquence, intensité

Dans l'espace festif comme dans l'espace urbain, il semble que l'usage de ce produit reste occasionnel, du fait principalement de son prix et de sa faible disponibilité. Toujours perçu comme fortement addictogène, il est probable aussi que les utilisateurs restreignent leur fréquence de consommation pour éviter de « plonger » pour les uns ou de « replonger » pour les autres.

Un infirmier de CAARUD observe que l'usage d'opiacés correspondrait souvent à une automédication de la schizophrénie : ils atténueraient les signes positifs de la pathologie (hallucinations, délires) et en stimuleraient les signes négatifs (absence d'émotions, de sensibilité). Mais avec le phénomène de tolérance, il est difficile, pour lui, d'affirmer que les effets d'automédication perdurent. Du fait, notamment que les patients peinent souvent à analyser et décrire les effets, tant leur état de conscience est instable à cause de leur pathologie et des effets des produits (recherche permanente d'évitement du mal être physique et psychologique).

Enfin, les consommations d'héroïne sont particulièrement visibles chez les utilisateurs dont les polyconsommations sont moindres. Inversement, les polyconsommations sont liées chez une majorité des usagers de l'espace urbain à l'accessibilité réduite de l'héroïne (insuffisance financière, absence de réseau d'approvisionnement, produit de mauvaise qualité, brouille avec un dealer).

• Groupe d'usagers et représentations du produit

Dans l'espace urbain, sont repérés quatre profils d'utilisateurs :

- ceux issus de la génération héroïne des années 80, âgés de plus de 40 ans, qui consomment en injection généralement ;
- des injecteurs de la trentaine et plus, insérés et pour lesquels il est difficile de venir à l'association du fait de l'activité professionnelle et de la crainte d'être vus par une connaissance – il est possible que certains fréquentent l'espace festif techno ;
- des jeunes injecteurs de moins de 30 ans rencontrés dans les soirées en squat, dans le travail de rue ou en free-party, qui sont en situation de grande précarité ;
- des jeunes d'une vingtaine d'années habitant les quartiers périphériques de Marseille, qui recourent plutôt au sniff, du fait du trauma laissé par la pratique d'injection dans ces quartiers au cours des années 80-90.

C'est un produit qui reste bien perçu par des usagers anciens injecteurs, qui ont suivi un traitement méthadone puis sont repassés à l'héroïne en sniff et de façon plus régulée.

Dans l'espace festif, parmi la minorité qui utilise ce produit est distingué :

- une majorité d'utilisateurs occasionnels, qui en prennent de temps en temps en contexte festif et dans une fonction de régulation de la descente de stimulants ou de LSD ;
- une minorité d'utilisateurs réguliers âgés de 18 à 45 ans – ici nous retrouvons la 2^e et la 3^e catégorie de la typologie précédente -, qui en prennent avec d'autres produits au cours de la soirée, parfois dans la semaine ; il peut s'agir de personnes insérées ou en situation de précarité ; la majorité la sniffe, certains l'inhalent, quelques uns l'injectent.
- des utilisateurs trentenaires expérimentés des produits du milieu festif qui en ont un usage privilégié avec d'autres produits comme le LSD ou la cocaïne et relativement régulier. Mais leur expérience, leur recours au sniff (et non à l'injection) et le fait de ne pas avoir connu l'hécatombe liée à ce produit dans les années 80-90, les rendent peu méfiants par rapport au

risque d'addiction et d'overdose. Ainsi, certains se surprennent à être « accro » au terme de quelques mois.

Dans l'espace festif, il existe encore des usagers qui sont persuadés que la rabla qu'ils sniffent n'est pas le même produit que l'héroïne que d'autres injectent. Persiste aussi l'idée fausse que le risque addictif est restreint à l'usage en injection.

Dans cet espace, l'usage reste caché : dans une soirée entre amis, les usagers préfèrent être seuls pour injecter ; d'autres se retrouvent en petits cercles en appartement ou dans la nature. Dans le premier cas, le risque est de ne pas être secourus en cas de problème ; dans le second cas, les utilisateurs sont peu en contact avec les structures de RDR. Dans les free partys, où les utilisateurs ont plus d'opportunité de rencontrer d'autres personnes qui injectent, ils sont plus sécurisés tant en terme de gestes de premiers secours que d'acquisitions de savoirs sur les risques. A contre courant du constat de la banalisation de l'héroïne dans le milieu festif techno, cette clandestinité illustre la persistance d'une stigmatisation de l'usage de ce produit qui en freine le recours.

Est signalé le discours d'un dealer d'après lequel l'héroïne sous forme de caillou serait une garantie de qualité. Il est probable qu'il y ait un lien avec la distinction qui est faite entre la qualité de la cocaïne sous forme de poudre (chlorhydrate de cocaïne, sel acide) et le caillou préparé par les utilisateurs (crack – sel basique) perçu comme plus pur que la cocaïne.

- **La buprénorphine haut dosage (BHD ou Subutex®) et le générique Arrow**

• Disponibilité et prix

Le Subutex® est toujours présent au marché noir ; le générique Arrow® s'y retrouve facilement. Le prix est stable depuis 2006 mais les utilisateurs ont l'impression d'une augmentation : elle est sans doute liée à la dégradation de leurs capacités financières depuis deux ans.

A Marseille, le prix du princeps au marché noir serait de 3 à 5 € le comprimé de 8 mg (pour une moyenne de 4 € en pharmacie la boîte de 7 comprimés) ; à Aix, la plaque coûte 14 €. A Marseille, le générique vendu serait essentiellement le comprimé de 8mg, dont le prix est inconnu. La consommation mensuelle est donc coûteuse en l'absence de remboursement. D'autant que le week-end et les jours fériés, le prix augmente.

Le recours au marché clandestin concernerait plusieurs types d'usagers (S. Priez) :

- ceux qui n'arrivent pas à gérer leur consommation et leur prescription, se retrouvent en panne et n'osent pas retourner chez leur médecin ou leur pharmacien (culpabilité, peur d'un refus), d'autant plus s'ils sont coutumiers de ces pertes de contrôle. Ils représentent une majorité ;
- des primo consommateurs de Subutex® qui ne sollicitent pas un médecin ou ceux (des jeunes notamment) qui se retrouvent accidentellement accrochés à l'héroïne, découvrent les effets substitutifs du Subutex® et ne connaissent pas les risques de son usage ;
- un minorité qui, en situation d'insertion et de stabilité sociales, ne souhaite pas de contact avec des centres de soins ou des médecins généralistes de peur d'être fichés sur des fichiers sécurité sociale ou d'être repérés par des proches. Ils peuvent alterner le Subutex® avec d'autres produits, notamment des prises d'héroïne, parce qu'ils ont la capacité de se sevrer du Subutex® le temps de se faire un extra - qui leur procurera les effets que celui ci ne leur procure pas. Si la majeure partie du temps, ces personnes sont utilisatrices de médicaments de substitution, elles ont cette maîtrise de l'usage et une stabilité sociale - et donc psychologique - qui leur permettent de gérer leur envie d'héroïne.

Il est remarqué que si cela peut se faire avec la méthadone, il n'y a pas de tendance des médecins à augmenter les doses de Subutex®.

Quelques ventes ont lieu dans le milieu festif, mais cela reste dans une logique de dépannage des gens habituellement consommateurs. Il n'y a pas de vente comme pour les autres produits.

• Mode de consommation, régulation et conséquences sanitaires

La voie d'administration du princeps est à relier avec la situation sociale, sanitaire et psychologique de l'utilisateur. Ainsi, l'injection est majoritaire à hauteur de 2/3 si l'on ne considère que les bénéficiaires

des CAARUD, à savoir les personnes en situation de précarité. Par contre, chez les usagers stabilisés socialement, il est principalement ingéré.

Pour le princeps, il est précisé qu'en injection, les effets sont moins longs qu'en ingestion mais ils seraient plus proches des effets en dents de scie de l'héroïne. L'injection de ce produit ne s'explique donc pas seulement par la difficulté à renoncer au geste d'injecter et au rituel de préparation. Selon un médecin de CSST, l'injection de Subutex® serait le résultat d'une conjonction entre un sous dosage, un état de mal être induit par la sensation de manque, et un attachement au rituel de l'injection.

Au niveau des pratiques de régulation, un informateur évoque comment le Subutex® prend place dans d'autres consommations : il est pris le matin, dans la journée ce sont les benzodiazépines, et le soir c'est l'alcool. Certains alternent méthadone et Subutex®, sans toujours connaître les risques. Certains usagers se font des injections successives de cocaïne/ Subutex®, forme de *speed ball* actualisé, en l'absence d'héroïne de qualité et peu chère. Ils font d'abord une injection de cocaïne, prennent le temps de fumer une cigarette, puis font une injection de Subutex® pour amortir la descente de cocaïne.

D'autre part, son usage est associé à une surconsommation d'alcool qui relève – selon une métaphore 'culinaire' – les effets du Subutex®. Cette association s'inscrit aussi dans un usage de précarité : son association avec l'utilisation d'alcool forment dosé (bière 8°6 et 10°10) remplace l'association alcool moins dosé/ cannabis dont le coût est trop élevé au regard de l'intensité des effets. Cet usage est également lié à l'injonction thérapeutique dont certains sont l'objet et qui leur interdit l'usage de cannabis, mais leur autorise celui d'alcool.

Cette surconsommation d'alcool se traduit par des comportements agressifs et violents envers les autres bénéficiaires, notamment les femmes, et les intervenants. Comportements qui sont beaucoup moins fréquents lorsque la personne a la possibilité financière d'utiliser du cannabis.

Au niveau des conséquences sanitaires, Asud signale qu'au début de l'apparition du Stérifilt®, il y a eu une diminution nette des cas de « mains de Popeye », des phlébites. Mais les cas augmenteraient de nouveau, les intervenants se demandent si cela est dû à une moindre utilisation du Stérifilt®. Avec le générique, ces conséquences n'ont pas disparues mais seraient moins fréquentes.

Certains utilisateurs dont le système veineux est très abîmé après plusieurs années d'injection, refusent d'utiliser le Stérifilt®. Ce refus peut s'interpréter comme lié à celui de perturber la ritualité de la pratique par l'introduction d'un élément entre le produit et le corps.

Chez ces utilisateurs, le soin de blessures ou d'abcès n'est souvent que très tardif car ils ont un logement et s'isolent des dispositifs d'accueil, ou parce qu'ils sont dans le déni et ne sollicitent pas les intervenants de ces dispositifs. Pour certains, l'incarcération est une opportunité pour recevoir des soins urgents.

• Groupe d'usagers et représentations du produit

Sur Marseille, selon la responsable d'observation espace urbain, le Subutex® fait partie des trois produits les plus utilisés avec la cocaïne et l'Artane®. Il reste perçu comme induisant des effets qui, à défaut d'être intenses et d'apporter du plaisir, sont nettement ressentis – d'autant qu'il n'y a pas de risque de coupage à d'autres substances. « *Ça c'est un truc, quand tu l'as dans le corps, tu l'as* ». Cependant, ses appréciations restent négatives : médicament dont on ne peut se défaire même à faible dose, qui 'incite' à l'injection, coupe l'appétit, inhibe le désir sexuel, empêche de dormir...

Deux groupes d'usagers hors protocole médical sont repérés :

- âgés entre 25 et 30 ans, ils ont commencé l'injection avec le Subutex® au moment où l'héroïne a commencé à être moins disponible ; ils ont été initiés par des usagers injecteurs qui ont connu l'héroïne ;
- des nouveaux injecteurs de 16-20 ans en situation de précarité, pouvant injecter, selon l'occasion, d'autres produits.

A Marseille, le recours au générique ne semble pas massif bien que la majorité des utilisateurs l'aient expérimenté. D'après un informateur, une minorité des usagers du bas seuil seraient passés au générique ; lui-même, n'en connaît que deux avec des dosages de 2mg/jour. Par contre, à Aix en Provence, les usagers ne discutent plus de la différence princeps/ générique qui y est plus largement prescrit qu'à Marseille. Mais au second semestre, il semble que la majorité des usagers soient

revenus au princeps. L'attitude de certains pharmaciens à vouloir imposer le générique⁶¹ a sans doute eu des effets contre productifs.

Les avis sont paradoxaux : certains disent qu'il n'est pas injectable – serait ce une confusion avec la Suboxone ? – mais d'autres l'injectent ; certains disent qu'il n'a pas d'effet mais d'autres continuent à en prendre. Les effets du princeps sont perçus comme se manifestant plus vite et plus intensément que ceux du générique : aussi la prise de Arrow® est parfois quantitativement plus élevée dans le but d'obtenir un même niveau d'effets.

Les usagers qui expriment encore des réticences vis-à-vis du générique sont comparés par ceux qui l'ont adopté au « petit vieux avec son Valium » qu'il ne veut pas qu'on lui remplace de crainte qu'il ne procure pas les mêmes effets. L'attachement au packaging du princeps joue aussi un rôle.

Ces réticences s'expliqueraient aussi en partie par le manque d'accompagnement, notamment d'explicitation de sa similarité avec le princeps, de ce traitement par les professionnels médicaux. Or, « *il est sans doute préférable de donner à certains un temps pour envisager la transition vers le générique. Le risque étant, que faute d'avoir fait ce choix eux-mêmes, ils auront recours à des consommations hors prescriptions pour continuer à avoir des effets qu'ils ne pensent pas trouver avec le générique* »⁶².

La réticence peut aussi être liée à la moindre sécabilité du comprimé du fait de sa plus petite taille, notamment chez ceux qui avaient l'habitude de le consommer en deux fois. Un informateur évoque une adaptation à ce conditionnement : les utilisateurs écrasent entièrement le comprimé, le diluent avec moins d'eau et le prennent en une seule fois. Dans les deux cas, le fractionnement des prises pour ceux qui le pratiquaient, afin de réduire progressivement le dosage, est compromise. Ce problème se pose moins pour ceux qui ont un domicile et la possibilité d'y laisser le liquide.

Le passage au générique dépend probablement aussi de la situation sociale et culturelle des usagers. Il est possible que chez des usagers mieux insérés et mieux pourvus culturellement, le générique soit plus répandu, du fait d'une meilleure connaissance des différences et des similarités entre les deux.

- **La méthadone et le conditionnement en gélule**

• Disponibilité et prix

A Marseille, il semble qu'il n'y ait pas de revente sur le marché noir, ni sous sa forme sirop, ni sous sa forme gélule – étant donné le moins grand nombre de personnes concernées, le fait qu'il s'agisse plus souvent d'usagers ayant une situation sociale et un suivi médical stables, et un suivi des traitements plus rigoureux et mieux maîtrisé du fait de cette stabilité.

Un seul informateur, infirmier, nous a renseigné sur le prix : 5€ le flacon, donc beaucoup plus élevé que le prix pharmacie (1,14 €). Cette disproportion indique une rareté du produit sur le marché noir.

A Aix, il est bien moins présent dans les traitements que le Subutex®.

Certains professionnels du soin pensent que les usagers montrent des signes de manque pour obtenir une prescription plus élevée et ainsi en revendre une partie. La quasi absence de ce produit sur le marché noir laisse plutôt penser à une stratégie de gestion du risque et de l'angoisse de se retrouver en manque. De plus, les patients ont la possibilité de solliciter le bus méthadone de Bus 31/32.

• Mode de consommation, régulation et conséquences sanitaires

Les intervenants et professionnels pensent que des prescriptions sont souvent plus élevées que ce que demandent les usagers, l'argument des médecins étant que c'est pour les décourager de consommer d'autres produits. Pourtant l'effet réduisant la vitalité (apathie, anhédonie, anaphrodisie, somnolence) peut, au contraire, les inciter à prendre des produits leur faisant ressentir avec plus d'intensité leur relation à l'environnement, à l'autre, à leur corps. D'où l'association fréquente avec l'alcool. Ces surdosages ne sont pas sans conséquences sanitaires. L'équipe de l'ELF évoque le cas d'une jeune femme avec un traitement de 140 ml de méthadone qui s'est vue refuser une diminution du dosage ; or, à haute dose, la méthadone aurait des conséquences sur le système hormonal.

⁶¹ Hoareau E., Vernier S., Zurbach E., 2008

⁶² Priez S., 2008, op. cit.

Les intervenants d'Asud décrivent une pratique d'arrêt de la méthadone. Il arrive régulièrement que pour se sevrer de la méthadone dont elles n'arrivent pas à « se débarrasser », les personnes reprennent une consommation d'héroïne pour ensuite l'arrêter en diminuant progressivement le dosage. Le manque ressenti par l'héroïne étant pour elles moins fort et moins durable que celui de la méthadone, cette stratégie est plus facile à vivre, pour certains en tous cas, que celle de l'arrêt progressif de méthadone. Ce sont plutôt des gens en situation de stabilité sociale. Certains réussissent, d'autres non, à arrêter ainsi leur prise régulière d'opiacés. Mais comme le soulignent les intervenants, il reste difficile d'évaluer la réussite de ce type de stratégie car ceux qui réussissent ne reviennent plus à l'association, ce serait les plus nombreux, et d'autres ne reviennent pas parce qu'ils sont en échec... ou décèdent.

Pour certaines personnes, le passage du Subutex® à la Méthadone induit des états dépressifs. D'autres ont du mal à s'habituer à la prise unique qui perturbe la structuration temporelle donnée par les injections ou les ingestions - alors que le Subutex® était pris en plusieurs fois dans la journée. De fait, ces usagers se plaignent d'être sous dosés sans que l'on sache si le sous dosage est réel ou si c'est le changement de produit et de rythme qui provoquent cette sensation. Toujours est-il, que certains usagers, déjà en difficulté dans la gestion de leurs traitements, sont perturbés par ces changements. La poursuite d'autres prises de médicaments et/ou de l'injection est ainsi parfois une sorte de repère dans cette déstabilisation. D'où l'importance de l'écoute des utilisateurs face à ces difficultés pour qu'ils évitent ces 'tactiques' de gestion de l'angoisse née du changement.

Son usage en régulation de descente de stimulants est un type de détournement majeur.

Quant à la méthadone gélule, nombre d'intervenants RDR déplorent ses conditions d'obtention qui sont aussi drastiques, voire plus qu'au début de la mise en place du traitement méthadone, puisque n'en bénéficient que des usagers très stabilisés. Très peu d'utilisateurs fréquentant les structures en bénéficient. Asud propose d'en distribuer dans un cadre autosupport par un usager relais.

La plupart des personnes qui en bénéficient en seraient satisfaites du fait de moindres effets secondaires, notamment les problèmes de sudation et de constipation. Les autres aspects bénéfiques sont l'absence de sucre dans la forme gélule qui constitue un gain pour la santé dentaire⁶³ et par rapport à la prise de poids, ainsi que l'absence d'alcool notamment pour les personnes souffrant d'hépatite : ils représentent une amélioration notable du service médical rendu par rapport à la forme sirop que ne relève pourtant pas la Haute Autorité Sanitaire⁶⁴. Une autre dimension non négligeable est la plus grande discrétion des petites plaquettes par rapport aux flacons volumineux, qui réduit le risque du repérage et de stigmatisation comme 'toxicomane'.

Mais chez certains utilisateurs, il semble qu'il n'y ait pas de bio équivalence entre le sirop et les gélules pour le même dosage : les gélules induiraient moins d'effet. Il faudrait ajouter 10 mg en gélules pour obtenir les mêmes effets que le sirop. D'autres utilisateurs acceptent physiologiquement mal cette nouvelle forme galénique⁶⁵.

Cependant, étant donnés d'une part la variabilité des posologies selon l'histoire de l'usage du patient, de sa physiologie et de sa métabolisation du produit, d'autre part, le petit nombre de personnes encore concernées, il est encore difficile d'étayer ces observations.

- Groupe d'usagers et représentations du produit

Les utilisateurs observés ici sont ceux qui fréquentent les structures bas seuil ; selon les intervenants, la grande majorité sont des observants du traitement.

Contrairement au Subutex®, la Méthadone reste perçue comme un traitement médical car elle n'est pas associée à la poursuite de l'injection. Toutefois, son potentiel addictif plus élevé et son sevrage connu comme plus long - car ses effets étant plus longs et plus physiques, le manque est aussi plus intense et plus long - la rapproche d'un statut de « drogue ». Cette représentation est particulièrement prégnante chez les personnes qui la prennent depuis de longues années : elle n'a pas rempli leur attente d'une disparition de leur dépendance à un produit quel qu'il soit.

Chez ceux qui la débute, la contrainte d'aller la chercher chaque jour est vécue comme une preuve de manque de confiance et une forme d'infantilisation.

⁶³ www.Asud.org, forum

⁶⁴ Haute Autorité Sanitaire (HAS), Commission de la Transparence, Avis sur la méthadone gélule, 19 décembre 2007, www.has-santé.fr

⁶⁵ www.Asud.org, forum

C'est également un produit qui permet de « souffler », de faire une pause grâce à ses effets opiacés plus longs, quand les personnes sont fatiguées physiquement (dégradation du système veineux, infections et fatigue de la recherche du produit au marché noir) et/ou psychologiquement (fatigue induite par le stress de trouver le produit et le moment et le lieu pour l'injecter) de s'injecter du Subutex®. En 2007, le ras le bol du Subutex® avait incité des usagers du bas seuil à se tourner vers la Méthadone ; il semble qu'au bout de quelques mois ils soient revenus au Subutex. Les raisons évoquées sont la difficulté à renoncer à l'injection, l'éloignement du Bus 31/32 par rapport au quartier où ils passent la journée - « ils oubliaient, ils se sentaient pas » -, et l'état de somnolence, et d'altération de la communication avec autrui et de la perception de l'environnement.

- Les sulfates de morphine (Skénan® Moscontin®)

A Marseille, le Skénan® est toujours peu disponible au marché noir. Le prix serait 4 € le cachet, pour un prix en pharmacie de 4,27 € la boîte de 14 comprimés. Cette cherté indique sa rareté.

A Aix, il est plus disponible au marché noir. Les intervenants de l'ELF ont l'impression que les bénéficiaires en parlent plus depuis deux ans.

Un professionnel de CSST à Marseille évoque une hausse de son utilisation. Il est majoritairement utilisé en injection, l'ingestion est rare.

Il est d'ailleurs souvent utilisé en remplacement du Subutex® : il procure un petit effet opiacé, sans courir le risque d'avoir le « bras de Popeye ». Or, les effets étant appréciés et courts, les personnes ont tendance à rapidement augmenter le nombre d'injections, induisant une détérioration rapide du système veineux. Sont cités également les problèmes infectieux et de thrombose, mais il est difficile de savoir si cela vient du produit ou des conditions de préparation.

Par ailleurs, un intervenant d'une structure bas seuil remarque l'apaisement qu'il induit et de fait son effet positif sur les relations avec les intervenants de RDR et sur les démarches :

« Certains l'aiment bien maintenant et nous aussi on les aime bien sous Skénan®, ils sont plus calmes et sympas et c'est beaucoup plus facile pour leurs démarches et tout. Tu envisages vraiment du soin et de l'insertion, dommage que ce soit si limité dans les prescriptions, mais il faut un cadre de suivi qui demande des moyens. »

• Groupe d'usagers et représentations du produit

On distinguerait trois groupes :

- Plus nombreux à Aix qu'à Marseille (quelques utilisateurs), des injecteurs de plus de 30 ans qui fréquentent les structures de première ligne. Ils le consomment généralement comme produit de substitution, de maintien d'un état physique et psychologique – et non comme défonce ;
- des jeunes d'une vingtaine d'années qui fréquentent le milieu festif alternatif (rock-punk et techno). Il s'agit pour eux de consommation de défonce. A Marseille, ils sont rencontrés dans des squats : certes précarisés, ils sont relativement insérés (activité professionnelle, protection sociale) et ont moins de difficultés sanitaires et judiciaires que leurs aînés. A Aix, certains s'en procureraient dans un CSST sans qu'il y ait de suivi par un psychiatre ou un psychologue, et ils n'auraient aucun contact avec un médecin ;
- des personnes qui souffrent d'une affection de longue durée (ALD) ou perçoivent l'allocation d'adulte handicapé (AAH), qui ont commencé à en prendre suite à un accident du travail ou de la route. Ils critiquent son effet addictogène qu'ils ignoraient au départ et qui a favorisé la poursuite ou l'entrée dans un usage toxicomaniaque chez ceux qui n'en avaient pas avant l'accident. Ce risque d'addiction est d'autant plus élevé lorsque c'est l'injection qui est choisie comme voie d'administration - l'atténuation de la douleur étant plus rapide qu'en ingestion.

C'est une représentation positive qui domine, notamment par rapport au Subutex®, parce que les effets sont plus proches de ceux de l'héroïne. Mais il est aussi craint, notamment par les femmes, car ses effets sont perçus comme forts chez ceux qui n'ont jamais été grands consommateurs d'héroïne ou n'ont pas connu d'héroïnes plus dosées que celle disponible aujourd'hui sur le marché. Il est également craint par ceux qui n'injectent pas ou plus de cocaïne car ils le perçoivent comme favorisant le passage à une pratique d'injection. Il reste perçu comme un produit difficile à gérer car le

pic d'effet est à la fois intense et rapide, et le délai avant l'envie d'en prendre étant plus court, le nombre d'injections augmente plus rapidement qu'avec d'autres produits. Ceci explique que tous les usagers ne le préfèrent pas au Subutex®.

Asud souligne également qu'entre utilisateurs de Subutex® et utilisateurs de Skénan®, il ne s'agit pas des mêmes profils socio-culturels. L'usage de Skénan® est lié à une culture morphinique, plus 'dandy', plus élitiste ; le Subutex® est plus lié à la culture héroïne, plus populaire – bien que les affiliés ne soient pas tous issus des milieux populaires. L'héroïne est plus accessible au marché noir ; la morphine est plus difficile d'accès et suppose de mobiliser un réseau social et/ou un certain capital social et culturel pour en obtenir auprès d'un médecin. D'ailleurs, le Skénan® est plus disponible à la vente et présent dans les usages à Nice et à Aix-en-Provence, villes plus riches que Marseille.

- **La codéine (Néocodion®)**

Il est principalement utilisé dans les quartiers périphériques de Marseille en dépannage du manque. Dans le centre ville, où les personnes ont un meilleur accès aux produits de substitution, il ne semble plus utilisé. Généralement, il ne fait pas l'objet d'une consommation régulière mais ponctuelle. Les effets sont appréciés, perçus comme étant de bonne qualité.

- **L'opium et la rachacha**

Il s'agit de produits qui restent disponibles ponctuellement et ayant une diffusion réduite à des petits réseaux/ cercles d'usagers en situation d'insertion sociale. Ils sont d'ailleurs aussi souvent vendus que consommés entre amis, dans une logique de partage de quelque chose rare. Ils sont principalement fumés et moins souvent ingérés.

2. Les stimulants

- **La cocaïne**

• Disponibilité et prix

A Marseille, sa disponibilité serait constante en tous lieux de l'espace urbain et de l'espace festif. Selon certaines personnes, elle serait encore plus disponible cette année. Les prix varient entre 50 et 80 €/ g avec une moyenne de 60 € ; elle s'achète parfois à 35 € dans des petits cercles d'amis. Les vendeurs réduisent parfois leur prix pour attirer la clientèle la plus précaire : une cocaïne à 30 € était disponible au printemps. Effectivement il est constaté cette année une diffusion plus importante de cocaïne chez les utilisateurs de l'espace urbain les moins précarisés.

Quel que soit l'espace considéré (urbain/ festif, commercial/ alternatif, établissements festifs/ soirées privées) il s'agit essentiellement d'une cocaïne très coupée. La cocaïne de bonne qualité est parfois disponible dans de petits cercles. Ainsi pendant une période de deux mois, des utilisateurs de l'espace urbain, âgés de 30-40 ans, parlaient de la disponibilité d'une cocaïne « *très forte* ». Elle aurait été moins coupée que d'habitude puisqu'il restait environ 0,4-0,5g en la basant – au lieu de 0,1-0,2g habituellement.

• Mode de consommation, régulation et conséquences sanitaires

Dans les structures bas seuil, l'injection est le mode de consommation majoritaire ; quelques usagers recourent au sniff - alors qu'ils injectent d'autres produits - pour les effets moins violents qu'en injection, notamment au niveau cardiaque. Une partie des usagers stabilisés la sniffent.

A Aix, la cocaïne est moins présente que le speed qui l'est constamment, ce qui réduit la consommation du premier : « *un bon speed vaut mieux qu'une mauvaise cocaïne* »⁶⁶.

Dans l'espace festif, c'est le sniff qui reste majoritaire ; le free base n'est pratiqué que de façon marginale, par des utilisateurs souvent plus âgés (plus de 25 ans) et/ou plus expérimentés.

Chez les utilisateurs de l'espace urbain, le Valium® fonctionnerait bien pour réduire la sensation de *craving*. En descente, la méthadone et l'héroïne sont également utilisées pour l'adoucir – le premier dans l'espace urbain, le second dans l'espace festif.

Le prix et la qualité régulent la consommation : plus elle est onéreuse, moins les utilisateurs en achètent et moins ils en consomment. Lorsque la qualité est ressentie comme particulièrement élevée, les utilisateurs diminuent les quantités qu'ils prennent habituellement pour réduire les effets désagréables et les risques. Ainsi, des utilisateurs de l'espace festif ont notamment évoqué cette précaution lorsque était disponible de « l'écaïlle de poisson ». Durant la période où de la cocaïne « très forte » était disponible, les utilisateurs de l'espace urbain qui l'injectaient la prenaient en plusieurs fois au lieu d'une ou deux fois.

A Protox, situé dans les quartiers sud, concentrant une population plus aisée que sur les autres secteurs de la ville, les professionnels voient apparaître un nouveau profil d'utilisateurs problématiques de ce produit issus de cette population aisée. Il y a certes des personnes qui viennent consulter pour des troubles psychiatriques reliés à l'usage répété de cocaïne ; mais d'autres personnes viennent pour un usage problématique de cocaïne associé à une pratique pathologique des jeux d'argent. Dans ces quartiers, le casino de Cassis est à une demi heure de route.

Est signalé le problème posé par le paracétamol⁶⁷ souvent utilisé comme produit de coupe de la cocaïne, mais également de façon volontaire pour calmer les douleurs. Au cours du deuxième semestre, deux cas graves d'hépatites médicamenteuses liées au paracétamol sont à déplorer.

- Groupe d'usagers et représentations du produit

Chez les bénéficiaires des structures de première ligne, l'utilisation reste relativement stable : il y a les occasionnels qui l'utilisent dans une logique d'extra et les « accros » qui en prennent dès qu'ils disposent d'argent. Les plus précarisés en consomment rarement, lorsqu'ils disposent de ressources financières suffisantes.

Un infirmier de Protox donne un élément d'explication à la diffusion de l'usage occasionnel de cocaïne chez les utilisateurs précarisés de l'espace urbain, habituellement utilisateurs d'opiacés et d'alcool. Son usage s'inscrirait souvent dans une logique d'automédication de l'anxiété, de la dépression et, plus particulièrement, de l'apathie induite par ces troubles psychologiques ou leur traitement médical. La cocaïne représente pour ces personnes un dynamisant physique et psychique qui les soutient dans leur activité quotidienne. La reprise de l'usage de cocaïne est remarquée également chez des personnes qui initient un traitement VHC pour en réduire la sensation de fatigue générale induite.

Par contre, dans l'espace festif, l'accroissement de disponibilité serait notable : tant en terme de quantité vendue que de proportions d'utilisateurs réguliers. Plusieurs informateurs signalent que dans le milieu festif alternatif elle tend à remplacer le speed dont la descente est plus difficile et dans le milieu festif commercial elle tend à remplacer le MDMA. Il semble que cette expansion soit plus marquée dans l'espace festif commercial où les participants ont un comportement festif plus consumériste, sont plus souvent issus de milieux sociaux aisés et où le choix des produits est moins grand que dans l'espace festif alternatif. Dans celui-ci, sa vente serait plus restreinte que celle des autres produits (speed, kétamine, LSD, MDMA).

Dans les deux espaces, sont distingués ceux qui consomment essentiellement cocaïne, l'alcool, et cannabis en moindre quantité, et ceux qui privilégient d'autres produits et prennent une à trois traces de cocaïne dans la nuit.

A Aix, il est précisé que la cocaïne est particulièrement présente dans le milieu festif étudiant, avec la licence (20-22 ans) comme seuil. A cette période, les personnes commencent à faire la fête autrement : ils privilégient plutôt les lieux où il est plus aisé de discuter (bars, soirées au domicile) –

⁶⁶ Priez S., 2007

⁶⁷ Hépatotoxique, il peut aggraver l'état du foie des personnes malades d'hépatite C ou de cirrhose, d'autant plus lorsqu'elles ont consommé de l'alcool ou d'autres drogues (augmentation de la concentration).

quitte à se rendre en fin de soirée dans une after - et préfèrent donc la cocaïne à l'ecstasy qui ne favorise pas la discussion. Cet usage s'inscrit particulièrement dans la sociabilité de pairs estudiantine – contrairement à Marseille, où jeunes travailleurs et étudiants se côtoient plus dans les établissements festifs. D'autre part, contrairement à l'ecstasy, à certaine dose, il n'induit pas de grande fatigue dans les jours suivants et ne casse pas le rythme de travail. Il est probablement utilisé en période d'examen hors contexte festif par certains utilisateurs, dans une perspective dopante et sans qu'il s'agisse forcément d'un usage problématique.

Enfin, c'est la première année que nous le signalons, la diffusion concerne les habitants des quartiers populaires de Marseille, plutôt jeunes (16-25 ans) jusque là consommateurs seulement de cannabis et, pour certains, d'alcool (*cf. Focus sur les utilisateurs des quartiers populaires de Marseille Page 33*).

Les différents profils que l'on peut donc distinguer sont :

- les bénéficiaires des structures de première ligne, certains en usage occasionnel, d'autres en usage régulier (plusieurs fois par semaine) ;
- les usagers stabilisés des structures de soin en usage occasionnel ;
- des jeunes adultes des quartiers populaires ;
- les participants aux fêtes techno, soit comme produit privilégié, soit comme produit d'accompagnement des autres ;
- les étudiants
- des adultes fréquentant les boîtes de nuit et/ou les salles de jeux.

Dans l'espace festif, persiste chez les plus jeunes (moins de 25 ans) l'idée selon laquelle tant que l'usage reste restreint au cadre festif il n'y a pas de risque d'addiction, ainsi que le stéréotype de « drogue propre » des riches et du showbiz, donc induisant moins de risques que d'autres produits. Les plus âgés ont une représentation plus nuancée, moins simpliste.

Quant à la perception/connaissance des risques liés au partage de pailles :

- une moitié, relativement plus âgée, dit « jamais » de partage ; certains ont une paille solide personnelle et personnalisée ;
- une autre moitié, de tous âges mais où les plus jeunes (moins de 25 ans) sont plus présents, qui prend les messages de RDR à la dérision : pour eux, le VHC reste associé à l'image du « toxico » donc ils ne se sentent pas concernés. Cette attitude a aussi une tonalité de réaction au discours du « risque zéro » que nous évoquions l'année dernière⁶⁸.

Les utilisateurs dans les deux espaces perçoivent la cocaïne qu'ils consomment comme étant de mauvaise qualité généralement, à l'exception de quelques opportunités rares et souvent chères (80 à 100 € le gramme). Cette instabilité de la qualité de la cocaïne est notamment illustrée par le cas de l'achat de plusieurs paquets d'un prix identique et à un même vendeur avec des proportions de coupe différentes. A Aix, un produit de coupe est signalé comme faisant une pâte une fois la cocaïne diluée avec de l'eau, rendant le produit non injectable.

- **Le crack/ free base**

Toujours pas de vente de « crack ». Les professionnels de la loi n'en voient également jamais. La cocaïne est basée par ses utilisateurs, pour l'essentiel, participants de l'espace festif techno.

Concernant le choix entre le free base et le sniff, deux discours sont entendus lorsqu'elle est mauvaise : soit les personnes préfèrent la baser pour ressentir plus d'effets, soit ils préfèrent la sniffer pour étaler les effets et éviter de consommer de l'ammoniac « *pour rien* ».

Au niveau des conséquences sanitaires, est essentiellement évoquée l'ingestion involontaire d'ammoniac dans des bouteilles dont la contenance n'est pas signalée ou dont les utilisateurs n'ont pas vu l'avertissement apposé par leurs pairs (apparence de l'eau). Les utilisateurs sont très en demande d'un kit crack pour réduire les risques de brûlures et de transmission du VHC. Il rencontre un franc succès auprès d'une dizaine d'utilisateurs que rencontre l'ELF et qui utilisent du matériel de fortune.

⁶⁸ Hoareau E., Vernier S., Zurbach E., 2008

Le crack en tant que produit vendu⁶⁹ reste absent dans les usages des personnes les plus précarisées de l'espace urbain. Chez ceux ci, il semble que ce soit plus une expérimentation ou un usage occasionnel qu'un usage régulier, étant donné le coût mais aussi la nécessité de posséder le matériel adéquat et un lieu tranquille.

Le free base concerne plutôt des utilisateurs de l'espace festif techno et celui des squats, ayant une longue expérience des produits et consommant plutôt de façon abusive, en situation d'insertion ou de précarité sociale. Dans l'espace festif, professionnels et utilisateurs n'en entendent pas plus parler qu'auparavant, c'est une pratique qui reste marginale. Sur l'ensemble de l'année, le Bus 31/32 ne compte que 3 à 4 échanges portant sur le free base. Trois profils sont repérés :

- les « petits teufers » (18-25 ans) qui en ont un usage occasionnel, soit en situation insérée (étudiants, salariés), soit en situation précarisée ;
- des teufers expérimentés (30 et plus) en situation insérée ou précarisée mais qui semblent mieux connaître le risque d'addiction à cette pratique d'usage ;
- des utilisateurs plus âgés (plus de 35 ans), précarisés, injecteurs ou anciens injecteurs ;

Dans l'espace festif, les non usagers – mais aussi nombre d'usagers - ont une représentation particulièrement négative de la pratique du free base quand ils connaissent eux-mêmes des usagers. Elle reste stigmatisée, parfois aussi violemment que l'injection, et de nombreux d'utilisateurs, que ce soit dans l'espace urbain ou festif, ignorent son existence (surtout les plus jeunes) et/ou le procédé de fabrication. Certains connaissent la pratique et ses effets mais pas son nom. Ceci laisserait penser que cette pratique n'est pas en expansion.

Elle reste tabou, clandestine et peu parlée par ses utilisateurs. Ce qui rend difficile l'évaluation de son ampleur et la diffusion de messages de RDR. A l'inverse, la mise à disposition des kits crack et la posture de non jugement des acteurs RDR favorisent la discussion sur ce sujet. Lorsque l'ELF a mis à disposition à titre expérimental des kits crack de l'association parisienne EGO, cela leur a permis de mieux mesurer l'ampleur de sa diffusion et de faire de la RDR. Entre septembre 2008 et janvier 2009, 38 kits ont été distribués à une dizaine de personnes, principalement des usagers précarisés, sur une file active d'environ 200 personnes.

Au niveau de la perception des risques, dans l'espace urbain et dans l'espace festif, pour beaucoup d'usagers, baser de la cocaïne ce n'est pas fumer des galettes de crack : les risques d'accoutumance et de dépendance paraissent bien moins importants avec le free base. D'autre part, la distinction repose également sur l'idée que le crack serait plus nocif, car fait avec de l'ammoniaque, que le free base « cuisiné » avec du bicarbonate – à ceci près qu'une grande partie des « *free baseurs* » utilisent de l'ammoniaque, du fait de la moindre délicatesse et la plus grande rapidité de préparation.

- **L'ecstasy et le MDMA**

• Disponibilité et prix

Ecstasy et MDMA restent essentiellement disponibles dans l'espace festif techno et les soirées privées – rares dans les bars.

Le comprimé d'ecstasy se vend entre 5 et 15 € selon la quantité achetée. Phénomène nouveau, il ne serait pas toujours disponible en free party – à l'inverse d'autres produits. Il semble que le MDMA (poudre, gélule, cristal) supplante l'ecstasy (comprimé) dans la vente à la criée, illustrant qu'il reste perçu comme étant de qualité plus fiable. Toutefois, étant relativement cher – 40 à 80 € /g pour la poudre, 5 à 20 € pour la gélule – pour une quantité généralement moindre que celle annoncée (0,7 à 0,8g pour la poudre et 0,1 à 0,7g au lieu d'un gramme pour une gélule), ce n'est pas le produit le plus utilisé.

Cette baisse de disponibilité de l'ecstasy s'explique par la perte d'intérêt chez les utilisateurs du fait d'une prolifération d'arnaques ou de produits très faiblement dosés. La disparition du testing joue un rôle dans ce désintérêt : la majorité des produits testés étaient en effet des comprimés d'ecstasy ; les utilisateurs n'ayant plus la possibilité d'en vérifier la qualité et ayant souvent eu l'expérience d'arnaques, s'en méfient. Ce désintérêt favorise l'usage d'autres produits. Ceci implique de relativiser l'hypothèse faite en 2007 de radicalisation de l'usage lisible dans le recours à des produits moins

⁶⁹ Hoareau E., Note thématique TREND, *La pratique du free base dans le milieu festif marseillais*, 2007, GRVS, AMPTA, OFDT

euphoriques, hédonistes (kétamine, héroïne) : ce serait moins leurs effets spécifiques qui seraient recherchés qu'un produit pour lequel la garantie de ressentir des effets est perçue comme plus grande.

Le « *paradise* » reste disponible, mais de façon aléatoire et non systématique, sous la forme d'étoiles de couleur rouge-violet. Le Bus 31/32 signale que ce produit, présent dans d'autres pays européens, a été analysé par le réseau Democracy Cities and Drugs : l'analyse a révélé la présence, non pas de mescaline, mais de LSD expliquant les effets hallucinogènes ressentis par les utilisateurs.

Plus anecdotique, un utilisateur occasionnel d'héroïne rapporte qu'il a reconnu des effets opiacés - et de MDMA - dans la prise d'un ecstasy.

• Mode de consommation, régulation et conséquences sanitaires

Ces produits, aux effets plutôt déstabilisants du fait des modifications perceptives qu'ils induisent, restent essentiellement utilisés dans un contexte festif type free party, rave, teknival, festival électro et soirées privées, et moins dans des soirées en bar. Des consommations peuvent également avoir lieu de façon occasionnelle lors d'un apéritif en semaine, pour finir ce qui reste du week end, donc en petites quantités sous forme de lignes/ traces.

La prise d'un gramme de MDMA par personne est rare : il est généralement partagé dans une logique de convivialité et de réduction des coûts, mais aussi, pour les plus âgés (plus de 25 ans), dans l'idée de ressentir avec moins d'intensité les perturbations cognitives qui altèrent la sociabilité entre pairs.

La prise d'ecstasy va de 1 à 5 comprimés, selon les effets ressentis à chaque prise et selon l'association ou non avec d'autres produits (moindre quantité) ; or, il y a quelques années en arrière 5 comprimés concernaient plutôt les utilisateurs abusifs. De même avec les gélules, il est observé une augmentation des quantités prises par rapport à l'époque où elles étaient plus difficiles à trouver : si la majorité des utilisateurs en prennent une seule par soirée, il est fréquent que certains en prennent deux – auparavant la gélule était plus souvent partagée entre deux personnes. Cette élévation de la quantité par rapport à plusieurs années en arrière (ceux qui prenaient 4 à 5 ecstasys étaient minoritaires) est à mettre en relation avec l'impression des utilisateurs d'un amenuisement des effets recherchés, notamment l'effet 'love' et empathogène (cf. *Focus Espace festif ; diversification de l'offre de produits dans l'espace commercial, fluctuations dans l'espace alternatif Page.28*).

Les effets sont régulés avec le speed pour la montée ou le 'plateau' et le cannabis en descente.

Les modes dominants de consommation sont l'ingestion, puis le sniff. La pratique d'injection est marginale, restreinte aux injecteurs précarisés rencontrés par les structures de première ligne.

Il n'y a pas de problème sanitaire signalé. Par contre, les risques d'accoutumance/ dépendance psychologique et hépatotoxiques restent mal connus, notamment chez les plus jeunes.

• Groupe d'usagers et représentations du produit

Si l'usage d'ecstasy concerne surtout les plus jeunes (moins de 22-23 ans) des participants aux fêtes techno, le MDMA concerne toutes les tranches d'âge.

L'ecstasy/ MDMA reste une substance phare de l'initiation aux états de conscience modifié avec l'alcool et le cannabis chez les plus jeunes, qui l'apprécient pour ses effets désinhibants, peu perturbants donc moins inquiétants que ceux du LSD, et démultipliant les effets ressentis avec la musique. Le prix bas de l'ecstasy le leur rend aussi plus accessible que d'autres produits. « *Le Mdma par exemple, j'aime bien, j'en consomme de temps en temps quand on m'en propose mais j'en achète pas, c'est trop cher.* » (Inès, 20 ans)⁷⁰.

Les plus âgés sont plutôt lassés de l'ecstasy, d'autant qu'après plusieurs années de consommation l'augmentation des quantités par effet de tolérance augmente également les effets désagréables, et plus particulièrement la descente que certains « *ne supportent plus* » (fatigue, irritabilité, migraine, baisse de moral). Ils préfèrent partager un gramme de MDMA pour avoir un « petit plus » dans leur vécu de la fête, sans que cela perturbe trop leurs perceptions.

⁷⁰ Grimaud C., 2008

Persistent la représentation selon laquelle « l'ecstasy » (comprimé) contient plus d'amphétamines et la qualité du « MDMA » (poudre ou gélule) est plus fiable, et, chez les plus jeunes, l'ignorance que le MDMA est le principe actif de l'ecstasy.

- **Les amphétamines**

Les amphétamines sont disponibles de façon constante dans l'espace festif techno sous forme de poudre ou de pâte ; certains informateurs ont cependant l'impression que cette disponibilité baisse.

A Aix, il est particulièrement disponible chez les personnes des squats.

Quant à la métamphétamine, elle reste évoquée seulement à Aix chez des utilisateurs très friands de ce produit ; son absence à l'échelle du territoire national laisse penser qu'il s'agit d'un speed particulièrement dosé pour une clientèle constante.

Les différents informateurs s'accordent également sur le fait qu'il serait plus coupé qu'auparavant, ceci étant repérable notamment à l'odeur si caractéristique - car si mauvaise - qui est moins forte.

Le prix varie entre 10 et 20 € le gramme. Ces derniers temps, il semble que la vente se fasse parfois en plus grande quantité : 50 € les 3 grammes. Soit les utilisateurs en achètent en plus grande quantité pour réduire le coût et éviter de retourner en chercher dans la soirée – le gramme étant consommé à plusieurs. Soit les vendeurs tentent de l'écouler plus rapidement parce qu'il est plus coupé.

Il est majoritairement sniffé, et, dans une moindre mesure, ingéré en « parachute »⁷¹ (pâte ou poudre) par les utilisateurs de l'espace festif. Certains font sécher la pâte pour pouvoir la sniffer ensuite. Les quelques utilisateurs qui l'injectent, sont plutôt âgés de moins de 25 ans et en situation de grande précarité.

Il serait l'un des produits les plus consommés en terme de quantité avec l'alcool et le cannabis, du fait de ses effets stimulants plus longs et de son bas prix par rapport à la cocaïne.

Il s'agit essentiellement des utilisateurs de l'espace festif techno alternatif et celui des squats. Cependant il semble de plus en plus disponible dans l'espace festif commercial, importé soit par des utilisateurs de l'espace alternatif lors de grandes raves, soit par des utilisateurs de l'espace commercial fréquentant occasionnellement l'espace alternatif.

Les utilisateurs ont tendance à ne pas considérer les amphétamines - et la cocaïne - comme des véritables « drogues » dans la mesure où ils modifient peu les perceptions, à l'inverse du LSD, du MDMA et de la kétamine. Elles sont appréciées pour la légèreté des modifications induites et la discrétion des effets. Aussi les plus jeunes ont tendance à les prendre en première expérimentation.

« Le speed c'est la drogue qui te permet de rester toi-même mais d'augmenter l'intensité de tout ce qui t'entoure (...) ça te trahit pas et en général c'est abordable » (Léna)⁷².

Dans l'espace urbain, l'usage de ce produit concerne peu d'utilisateurs, généralement habitant ou fréquentant les squats. Toujours considéré comme « la coke du pauvre » (prix moins élevé mais moindre qualité d'effet), son image se serait améliorée et son usage répandu auprès de ces utilisateurs. De même, alors que l'injection de ce produit semblait extrême à certains, l'expansion de l'injection de cocaïne a atténué cette représentation.

3. Les hallucinogènes

- **Le LSD**

• Disponibilité et prix

Dans l'espace festif alternatif, il est en disponibilité constante, principalement sous forme de buvards coûtant 10 €. Sous forme de goutte c'est plutôt anecdotique, et sous forme de gélatine ce serait encore plus rare. A Aix la gélatine, signalée en 2007 à Marseille, est apparue chez les utilisateurs fréquentant l'espace festif alternatif. Dans l'espace festif commercial, il commence à être disponible

⁷¹ Le produit est emballé dans une feuille à rouler et ingéré

⁷² Grimaud C., *op. cit.*

régulièrement mais surtout dans des grandes raves (entre 500 et 2000 participants), qu'elles accueillent des artistes de la scène commerciale ou issus de la scène alternative.

- Mode de consommation et conséquences sanitaires

Le buvard et la goutte se consomment soit de façon individuelle, et, pour le buvard, le plus souvent, fractionnée (par moitié ou quart, espacé d'une demie heure à une heure), soit de façon collective : un à deux buvards sont mis dans une bouteille d'alcool bu par 3 à 8 personnes selon la quantité. Le fait qu'il reste perçu comme un produit dangereux sur le plan de la santé mentale conduit les utilisateurs à fractionner les prises et à contrôler les quantités plus rigoureusement que d'autres produits.

Les utilisateurs soulignent le caractère aléatoire de l'intensité des effets / des dosages selon les séries et les mois. Avec certains buvards, il suffit d'un quart ou d'une moitié pour avoir d'importantes modifications cognitives ; d'autres, pris entiers, induisent peu de modifications. Ce caractère aléatoire augmente le risque de se croire « fou/ folle » et de décompenser chez ceux qui sont habitués à des dosages faibles, n'avaient eu jusque là que des expériences avec de légères modifications et pendant un laps de temps court et se retrouvent surpris par l'intensité et la durée des effets. Il semble que ce type d'expérience soit plus fréquent ces dernières années.

Les utilisateurs utilisent du speed ou de la cocaïne pour prolonger le vécu des effets. Il semblerait que de plus en plus souvent les personnes associent un buvard de LSD à une petite quantité de kétamine (deux-trois petites traces) pour 'relever' ses effets. Il ne s'agirait pas d'une surenchère dans la pratique, mais plutôt d'une adaptation à la faiblesse des doses contenues dans les buvards.

- Groupe d'usagers et représentations du produit

Le LSD garde son statut à part dans le panel des produits disponibles tant ses effets hallucinogènes sont caractéristiques sur le plan de l'introspection et de la perception du réel, tant il est susceptible d'induire « la folie » et tant il est inscrit dans la 'mythologie' des usagers de drogues européens. Il reste associé à la notion d'expérimentation/ connaissance de soi. De fait, son usage ne se banalise pas comme celui d'autres produits psychoactifs : il effraie toujours les plus jeunes et les moins expérimentés, et les plus âgés et expérimentés l'utilisent volontiers mais avec précaution, en tenant compte de leur façon d'y réagir, de leur état d'esprit à ce moment là et du contexte ('set and setting'). Ainsi, la goutte perçue comme induisant des effets plus forts, bien qu'il s'agisse vraisemblablement d'un dosage plus élevé que celui que l'on trouve sur les buvards, reste utilisée essentiellement par les plus expérimentés et les plus âgés.

C'est un produit qui, plus que les autres, reste perçu sur le mode de l'ambivalence : à la fois « *produit miracle* » et produit qui fait très peur, autant à ceux qui en ont fait l'expérience qu'à ceux qui n'en ont jamais pris. Ainsi, une prise de LSD, contrairement aux autres produits, « *sera vécue comme une expérimentation à chaque fois* »⁷³ du fait notamment des bouleversements intérieurs qu'il peut induire. Du fait de cette ambivalence entre respect et crainte, son utilisation concerne plutôt les plus âgés (plus de 25 ans), mais se rencontre également des aficionados âgés d'une vingtaine d'années.

- La kétamine

- Disponibilité et prix

Certains informateurs disent la disponibilité constante dans toutes les fêtes de l'espace alternatif, d'autres observent qu'elle « explose », qu'elle ne cesse d'augmenter depuis 3 ans. Elle commence également à être présente régulièrement dans les événements festifs de l'espace commercial, par l'intermédiaire d'utilisateurs de l'espace commercial qui fréquentent les événements alternatifs. Dans les deux espaces, on remarque que la disponibilité dépend du style musical de la soirée : plus le style est dur, plus il est probable d'en trouver.

Elle est généralement disponible sous la forme de poudre ou liquide. Pour la première fois, des intervenants entendent parler de cristaux de kétamine.

⁷³ Grimaud C., *op. cit.*

Le prix varie entre 30 et 60 € le gramme. En Italie, elle coûte entre 10 et 15 € - soit l'équivalent du speed en France -, expliquant en partie que ce produit soit le plus utilisé dans les événements alternatifs italiens que fréquentent les teufers des Alpes de Haute Provence et des Alpes Maritimes.

- Mode de consommation, effets et conséquences sanitaires

Etant donné qu'il existe un effet dose important, différents usages sont possibles et pratiqués. Les prises peuvent être une à deux petites traces (3-4 cm de longueur) dans la nuit pour accompagner les autres produits, comme s'élever à plus de cinq traces assez importantes (6-8 cm de longueur). Autrement dit, le discours sur « l'explosion de la kétamine », de son usage, ne signifie pas que tout le monde cherche le « K-Hole » et l'état d'anesthésie et d'hébétéude. Les plus âgés notamment (plus de 25 ans) qui privilégient d'autres produits en prennent un petit peu pour avoir juste l'effet de « *marcher dans du coton* », « *marcher avec des bottes de sept lieues* », d'avancer « *comme sur un aéroglisseur* ». Les plus jeunes chercheraient plus le décrochage avec la réalité et ils maîtrisent moins bien les dosages.

Des utilisateurs qui privilégient habituellement l'espace festif commercial, notamment les « *nighters* » (cf. *Espace festif ; Une tendance à la dilution du discours sur l'usage « festif » Page 29*), l'utilisent pour ses effets mais aussi en compensation des alcools forts moins disponibles dans les événements alternatifs. Ces « *nighters* », âgées entre 18 et 25 ans, disent utiliser la kétamine pour être le plus défoncé possible tout en tenant debout le plus longtemps possible.

Elle est principalement consommée en sniff. Certains observateurs parlent également de l'ingestion lorsqu'elle est sous forme liquide, mais d'autres pensent que ce mode est accidentel (contenu d'une bouteille non identifié au préalable). L'injection semble plus répandue qu'il y a cinq- six ans, mais reste circonscrites aux utilisateurs injecteurs d'autres produits, âgés de plus de 35 ans ou de moins de 25 ans et précarisés. L'injection se fait en intramusculaire pour certains, en intraveineuse pour d'autres.

C'est un produit généralement associé à des stimulants pour continuer à être actif physiquement et intellectuellement tout en ressentant l'effet moelleux, cotonneux. L'association Calvin Klein (cocaïne + kétamine) est la plus connue, puisqu'il y a un effet rappel avec le parfum et la marque de vêtement. Quelques utilisateurs précarisés d'Aix évoquent un nouveau *speed ball* : kétamine + speed, soit une association de produits moins coûteux et plus disponibles que le *speed ball* traditionnel (héroïne + cocaïne). Une autre association : un homme de 20 ans ayant déjà une longue expérience des produits et injecteur depuis deux ans, mélange kétamine, speed et Valium® en injection.

Les utilisateurs disent que les effets du cristal sont plus intenses. L'ELF rapporte ainsi le témoignage d'un utilisateur régulier de kétamine qui a fait un malaise avec le cristal avec les mêmes quantités qu'il prend d'habitude – il en déduit que les effets sont plus forts. Mais l'on peut penser qu'il s'agit d'une façon de se distinguer de ceux qui la prennent en poudre ou en liquide, ou que le changement de présentation induit cette impression.

Les principaux cas de malaise et de coma surviennent soit principalement du fait d'un surdosage, soit du fait d'une association avec l'alcool ou d'autres produits. Un homme habitué du produit a fait un coma suite à une consommation associée d'alcool, de kétamine et de GHB lors d'une free-party – il a été pris en charge par les intervenants du Bus 31/32 et de Médecins du monde présents ce soir là.

- Groupe d'usagers et représentations du produit

Certes, l'usage de ce produit semble plus répandu qu'il y a cinq ans dans les deux espaces festifs, mais l'affirmation de « l'explosion de la kétamine » est à relativiser par le rajeunissement de ses utilisateurs qui rendent plus visible son usage du fait de leur moindre maîtrise des dosages et des effets. Les intervenants notent un rajeunissement par rapport aux générations précédentes de l'expérimentation et de l'usage occasionnel de ce produit – l'usage régulier concerne une minorité : il concernerait autant les plus âgés que les plus jeunes, alors qu'auparavant c'était surtout les plus expérimentés qui en consommaient. Ils observent aussi une meilleure gestion générale du produit par rapport à la fin des années 90.

Au niveau de l'appréciation du produit chez ceux qui l'ont expérimenté, il y a ceux qui aiment et ceux qui détestent. Il reste perçu comme un produit peu festif y compris chez des utilisateurs occasionnels. Cette représentation est sans doute plus répandue chez les participants plus âgés (plus de 25 ans)

ayant commencé les fêtes techno il y a plus longtemps, c'est-à-dire avant les années 2000 et le boom de la kétamine, arrivée en 98-99 dans les free parties. Sa diffusion chez les trentenaires illustre une amélioration de son image en lien avec un usage qui ne soit pas une recherche de défonce, de rupture avec le réel comme les plus jeunes. Ces derniers, au début, en ont peur mais après expérimentation s'enthousiasment. Ils en ont une image positive : il n'y a pas de descente lourde avec des pics d'effets comme avec le MDMA ou le LSD ; il est possible de conduire au terme de moins de temps et les effets sont moins marquants sur le visage que le MDMA ou le LSD au moment du retour chez les parents.

Elle suscite souvent la peur ou le mépris de ces usagers chez les non utilisateurs. La majeure partie ignore son usage en médecine humaine, tout en connaissant son usage vétérinaire, ce qui alimente sa stigmatisation. Il n'y a pas non plus de discours cohérent sur les effets comparatifs entre « la vétérinaire » et « l'humaine ».

Au niveau de la perception/ connaissance des risques, beaucoup ignoreraient celui de faire un bad trip ou un arrêt cardiaque ; parmi eux, certains ont peur du bad trip et de rester perché après avoir vécu un K-Hole traumatisant.

Pour certains, la forme liquide est perçue comme une garantie de qualité ; pour d'autres, sous cette forme, elle peut également être coupée avec de l'eau.

- Le GHB

• Disponibilité et prix

Ce n'est pas encore un produit aussi disponible que les autres... mais cela pourrait le devenir. Dans l'espace commercial, il semble qu'il est constamment disponible dans des quantités toutefois inégales et plus souvent sur des événements relativement importants type raves (plusieurs centaines ou milliers de personnes) ou dans des établissements festifs type discothèque fréquentés pour la musique qui y est diffusée. Il est difficile de dire s'il y fait l'objet d'une vente. Dans l'espace alternatif, c'est la première année qu'il est observé, mais il n'y a pas de vente et son reste anecdotique.

Le prix n'est pas connu de nos informateurs, signe qu'il est peu vendu et peu répandu dans les usages.

• Mode de consommation, effets et conséquences sanitaires

L'usage de ce produit concernerait surtout les plus jeunes utilisateurs⁷⁴ et est clairement associé à l'idée de perte de conscience, de lâcher prise, d'« échapper à », notamment au quotidien. Mais il est possible que, comme pour la kétamine, leur moindre maîtrise des effets rende particulièrement visible leur usage.

Or, cette définition des effets ne correspond pas aux effets que l'on peut obtenir à dose faible mais plutôt à dose forte et/ou en association avec l'alcool. Cette définition pourrait résulter de la conjonction de deux faits. D'une part, le fait que les utilisateurs ont d'abord connu ce produit par le biais du discours médiatique ne présentant que ces effets les plus forts - « drogue du viol » par induction d'un état d'« inconscience » et « d'amnésie » - avant de le connaître par les pairs qui leur auraient présentés les effets suivant les quantités prises. Certains d'entre eux ont expérimenté ce produit dans des établissements gay ou « gay friendly » où son usage est apparu en premier. Ceux là ont pu être initiés par des utilisateurs plus expérimentés.

D'autre part, il s'agit d'un produit conjoncturel par rapport à la période de forte pression sociale que traverse ces jeunes utilisateurs entre les études, les examens, les choix professionnels, les aléas amoureux, l'entourage familial. Autrement dit, ces effets correspondent particulièrement bien à la recherche de décompression propre à cet période d'entrée dans la vie adulte : c'est en cela qu'il est à craindre des usages abusifs et l'apparition de pratiques addictives.

Le principal risque sanitaire constaté est son association apparemment systématique avec l'alcool. Si cela ne semble pas poser particulièrement de problème à des utilisateurs expérimentés qui connaissent leur réaction à ce produit comme leurs limites dans l'absorption d'alcool, cela n'est pas le cas pour des plus jeunes (15-20 ans). A ces âges, ceux-ci connaissent généralement mal leurs réactions physiologiques singulières aux substances illicites, de même que leurs limites à dans

⁷⁴ Ce n'est sans doute pas le cas dans le milieu festif gay où les utilisateurs sont âgés entre 18 et 45 ans.

l'alcoolisation. Si l'association GHB - alcool est particulièrement risquée, elle l'est surtout pour des personnes qui connaissent mal les dosages qu'ils peuvent absorber sans se mettre en danger. En 2007, les hospitalisations observées suite à cette association concernaient des « petits jeunes » d'une vingtaine d'années, et non des « utilisateurs aguerris »⁷⁵.

- Groupe d'usagers et représentations du produit

Son usage est évoqué essentiellement par des jeunes utilisateurs (15-25 ans) qui fréquentent des discothèques et des after. Ils connaissent apparemment souvent le risque induit par l'association avec l'alcool, mais il est difficile de savoir comment ils envisagent le risque de décès.

Dans l'espace alternatif, il reste encore un produit inconnu, peu attirant et stigmatisé comme « drogue du violeur » - indice de la méconnaissance de ces effets et de non appétence pour ceux-ci.

- Les champignons et plantes hallucinogènes

La disponibilité des champignons reste saisonnière ; celle des plantes est aléatoire et elles ne font pas l'objet d'une vente. Ces substances sont consommées de façon privilégiées lors de soirées entre amis et souvent lors d'occasions particulières : anniversaire, fête du nouvel an, fête de fin d'examen.

Les utilisateurs de champignons les ont expérimentés soit après l'alcool et le cannabis et avant les drogues de synthèse, soit après l'expérimentation de drogues de synthèse. Les utilisateurs de plantes ont généralement passé le cap des premières expérimentations.

Ces substances effraient certains, essentiellement les moins expérimentés, sont perçues sur un mode ludique et convivial pour une majorité, ou dans une logique d'usage mystique pour une minorité. Elles sont hiérarchisées selon leurs risques perçus allant du moins risqué au plus risqué : les champignons psilocybes français, les champignons mexicains et hawaïens, la salvia, l'ayahuasca et l'iboga – lorsqu'elles sont connues – et la datura – souvent expérimentée mais expérience rarement renouvelée. Si le caractère naturel reste perçu comme une moindre dangerosité pour les champignons, ce n'est pas le cas pour les plantes, mises en équivalence avec le LSD en terme de risque d'épisode psychopathologique, et l'héroïne, la kétamine et la cocaïne au niveau du risque léthal.

4. Les médicaments psychotropes non opiacés

Les intervenants de l'ELF font remarquer que les utilisateurs parlent peu de ces médicaments généralement prescrits dans le cadre d'un traitement de substitution. Leur statut légal banalise leur usage ; et la stabilité de leurs conditions d'obtention, de leur composition et donc de leurs effets suscitent moins les échanges observés à propos des substances illicites. Leur consommation se fait généralement à défaut d'autres substances : produits de substitution et/ou de produits illicites pour obtenir des effets psychotropes, ou un traitement auto prescrit pour lequel les personnes sont mal ou pas du tout suivies en psychiatrie.

- Le flunitrazépam (Rohypnol®)

- Disponibilité et voies d'administration

A Marseille, il est facilement trouvable au marché noir. Cependant, certains usagers sollicitent des médecins pour avoir des prescriptions complémentaires. A Aix, il est remarqué que son usage diminue même si les emballages restent visibles au quotidien. Au CSST d'Aubagne également, les utilisateurs en parlent moins. Cette diminution de l'usage est mise en relation avec la sécurisation des ordonnances.

Pour un dosage de 2 mg, le prix de la plaque de 7 comprimés varie entre 10 € pendant la semaine, 15 € le samedi et entre 15 et 20 € le dimanche.

⁷⁵ Hoareau E., Vernier S., Zurbach E., 2008

Il est consommé par voie orale ou injectable selon les personnes. Il est souvent associé à une consommation d'alcool chez ceux qui en boivent au quotidien pour potentialiser ses effets.

Certains professionnels du soin expriment leur incompréhension quant à la poursuite de sa prescription alors que le service médical rendu (SMR) est quasiment nul.

- Groupe d'utilisateurs et perception du produit

Il reste un des médicaments préférés des usagers de l'espace urbain, qui sont dans les situations sociales les plus difficiles.

Au niveau des effets, sa consommation a pour objectif de passer le temps, de combler une journée de désœuvrement : les effets hypnotiques altèrent la perception du temps qui passe et de l'inactivité. Ils en apprécient le bien être et la pause psychique induits par la disparition du stress et l'occultation temporaire des soucis et angoisses.

« Associé à l'alcool et au cannabis, je suis dans un état très, très bien, tu n'as pas l'impression d'être défoncée, je vais rester plantée sur mon canapé pleine de rup et à fumer mais en fait je suis bien, c'est con à dire, mais je suis bien. Je ne suis pas stressée, je suis défoncée dans un état agréable et je suis bien, même quand je réponds au téléphone je suis putain de zen, de temps en temps c'est facile d'oublier et ça fait du bien »⁷⁶

Ils soulignent toutefois que cette sensation de détente dépend de la dose ingérée et qu'au-delà d'une certaine quantité et/ ou en association avec d'autres produits, la détente devient un état d'apathie mentale et physique. La possibilité de varier ainsi sur les dosages et les effets obtenus est particulièrement appréciée.

« En fonction de combien on prend on est dans des états différents, moi j'en prends que 6 et c'est l'effet que je viens de dire. Je connais des gens ils en prennent plus, genre 3 plaquettes d'un coup mais ils ont deux de tension. (...) Ceux qui ne prennent que le rup sont quand même plus speed que ceux qui prennent trois produits en même temps : rup, Rivotril®, alcool, cannabis. »⁷⁷

Certains utilisateurs ne souhaitent pas en cesser l'usage « c'est leur vie le Rup »⁷⁸, ils perçoivent ses effets comme plus intenses que le Rivotril® et, de fait, le glissement vers ce médicament ne se fait pas. S'il se fait, c'est en augmentant les doses pour obtenir des effets équivalents à ceux du Rohypnol® : deux à trois plaques de Rivotril® pour équivaloir la plaque de « Rup ».

Chez les non utilisateurs par contre, ce médicament est décrié pour son effet abrutissant et pour rendre les personnes « cachetonnées », autrement dit un état où leur personnalité est complètement dominée par les effets du médicament. Ils le perçoivent également comme un sous produit, pris à défaut d'autres produits de qualité, soit stimulants, soit euphorisants. Ils refusent donc de le prendre dans le cadre d'un traitement de substitution.

- Le tribexphénidyle (Artane®)

A Marseille, la disponibilité de l'Artane au marché noir n'évolue pas au fil des années : il est peu disponible puisque facile à obtenir en prescription. Le prix s'élève à 2€ le comprimé.

A Aix, il ne serait pas consommé.

Les utilisateurs sont essentiellement les bénéficiaires du bas seuil rencontrant le plus de difficultés. La proportion de femmes parmi ces utilisateurs y est plus élevée que dans les consommations d'autres médicaments. Il semblerait que le nombre d'utilisateurs ait augmenté ces deux dernières années.

« La consommation d'Artane® c'est quotidien, beaucoup de filles en prennent. Même les gens qui n'en prenaient pas il y a trois ans maintenant ils en prennent »⁷⁹.

L'augmentation de son utilisation au cours du premier semestre peut être mise en relation avec la baisse de disponibilité concomitante de Ritaline®.

⁷⁶ Priez S., op. cit.

⁷⁷ Priez S., op. cit.

⁷⁸ Priez S., juillet 2008

⁷⁹ Priez S., op. cit.

Il est souvent consommé de façon quotidienne, parfois en association avec la Ritaline®. Il est le plus souvent ingéré mais peut être injecté par certains utilisateurs.

Il reste apprécié pour ces effets hallucinogènes, certaines personnes l'appellent « *le bonbon magique* ». Cette consommation est cependant périodique avec des phases de consommation et d'autres d'arrêt et un nombre de consommateurs plus ou moins élevés.

Au niveau des conséquences sanitaires et sociales, l'Artane® est perçu, tant par les professionnels que par les utilisateurs, comme le médicament psychotrope induisant le plus de prises des risques du fait de l'altération de la perception de l'environnement et de soi même. Il accroît le risque d'avoir un accident, de subir une agression, un vol, un viol ; il favorise les passages à l'acte violent chez les personnes les plus anxieuses et en colère.

« Les cachetons, c'est destructeur, mais l'Artane® c'est le pire, c'est ravageur vu l'état dans lequel les gens se mettent et ce qu'ils peuvent faire sans en avoir conscience. Les personnes doivent être accompagnées quant elles sont sous Artane® car elles n'arrivent souvent pas à gérer »⁸⁰.

La responsable d'observation du milieu urbain détaille ainsi l'ensemble de ces risques sanitaires, juridiques et sociaux : des expulsions de centres d'hébergement ou d'hôtel, des femmes qui subissent des violences car incapables de se défendre, la réactivation de problèmes psychiatriques, des personnes qui se retrouvent jugées et incarcérées pour des actes violents dont elles n'ont aucun souvenir. Sur le second semestre, plusieurs femmes, grandes consommatrices d'Artane®, se retrouvent incarcérées suite à des actes commis après la prise de ce produit. Au regard de ces risques, sa facilité d'obtention déconcerte les intervenants RDR alors que la prescription d'autres médicaments reste très réglementée.

- **Le méthylphénidate (Ritaline®)** (cf. Focus sur la Ritaline® Page 71)

A Marseille, si au premier semestre est constaté une baisse de disponibilité, en fin d'année, il est de nouveau disponible sur ordonnance. En décembre, Asud note que son usage est en augmentation.

A Aix, il est disponible sur ordonnance et en revente de rue depuis le début d'année 2008.

A Marseille, le comprimé coûte entre 5 et 10 €. Il ne s'agirait pas de trafic de réseaux mais d'initiatives individuelles d'utilisateurs qui souvent ne consomment pas ce produit et recherchent plutôt les effets de l'alcool, du cannabis, de l'héroïne en sniff.

Il est principalement utilisé par les bénéficiaires du bas seuil les plus fragiles. La voie d'administration la plus fréquente est l'injection. Cet usage en injection se caractérise par une modalité compulsive du fait de la brièveté des effets, qui accroît les risques liés aux points d'injection et au partage de matériel. Une infirmière rapporte ainsi le témoignage d'une personne écrasant quatre comprimés de 10mg dans une cuillère pour deux injections (de 20 mg) espacées de 20 minutes environ.

A Aix, les intervenants de l'ELF ont plutôt l'impression que l'injection est minoritaire, cela s'explique sans doute en partie par le fait que la proportion d'injecteurs parmi leurs bénéficiaires semble moins élevée que dans les structures marseillaises.

Les utilisateurs qui en recherchent les effets amphétaminiques plus particulièrement se le procurent au marché noir. Certains utilisateurs se le voient prescrire dans le cadre d'une substitution à la cocaïne ; avec le double avantage de la garantie (point de vue financier) et de la sécurité (point de vue de la composition) quant au contenu. Ceci recoupant également une logique économique puisque ce stimulant est moins coûteux que la cocaïne. Un médecin souligne que, dans ce cas, la prescription est soit détournée, soit abusive de la part des médecins dans le sens où son efficacité dans le traitement du *craving* n'est pas probante. Ces prescriptions s'observeraient chez des psychiatres qui ont une mauvaise connaissance de la pharmacocynétique de la cocaïne.

Au niveau des conséquences sanitaires, est signalée une mauvaise descente avec mal être et agressivité pouvant aller jusqu'au « pétage de plombs » dans la rue ou dans les structures. Les dégâts sanitaires sont principalement des bleus et des abcès énormes (taille de l'œuf de pigeon), essentiellement dus aux conditions de préparation et aux effets stimulants (gestes imprécis,

⁸⁰ Priez S., op. cit.

tremblements), mais également l'insomnie et la perte d'appétit, et le risque de décompensation psychiatrique.

- **L'oxazépam (Seresta®)**

Le Seresta® commence à être prescrit, de même que le Valium®, en substitution du Rohypnol® et du Rivotril®.

« Le Seresta® m'a été prescrit parce que je refusais de prendre du Rivotril®. Au départ la prescription était de 3 Seresta® 50 mg par jour, matin, midi et soir. »

Mais, sa prescription à des utilisateurs qui ne veulent/ou ne parviennent pas à se poser des limites dans leur consommation de produits psychoactifs pose particulièrement problème puisque le phénomène d'accoutumance est relativement rapide en cas de dépassement des doses prescrites. Le fait que ce ne soit pas un médicament fortement perturbateur au niveau cognitif gêne sa perception comme pouvant induire une accoutumance et une dépendance. Cette accoutumance évolue vers une dépendance chez certains utilisateurs qui, parfois mal accompagnés par leur médecin prescripteur dans l'arrêt du médicament, choisissent le sevrage par substitution avec un autre produit.

« Au bout d'un moment on s'accroche et on augmente la dose sans vraiment s'en rendre compte. Comme ça ne défonce pas mais que ça calme on ne voit pas le problème, mais quand même c'est un benzo donc ça accroche beaucoup. »

« J'ai mieux supporté l'arrêt du Rohypnol® que la baisse du Seresta®. Quand il m'a prescrit le Seresta® il ne m'a pas dit les conséquences. Avec le stress je commençais à prendre ça comme des bonbons et là je suis en train de baisser et c'est très difficile et je me demande même si je ne vais pas prendre du Rohypnol® pour arrêter le Seresta®. »

Le choix de l'arrêt de la consommation est motivé par l'émergence d'un mal être, de pertes de mémoire, de comportements agressifs et la détérioration des relations avec l'entourage lorsque la personne diminue les quantités qu'elle prend.

« Il est traître le Seresta® il fait beaucoup de pertes de mémoires. J'ai plus de pertes de mémoires que quand je prenais du rup (...) En plus tu es super énervé quand tu diminues la dose, tu t'en prends aux autres, tu fais une dépression, tu te renfermes sur toi-même (...) Je me demande même si je ne vais pas demander une cure, y'en a marre de passer mes nerfs sur les autres ».

- **Le clonazépam (Rivotril®) et le zolpidem (Stilnox®)**

Ces médicaments n'ont pas été évoqués cette année.

5. L'alcool et le cannabis

- **L'alcool**

o Dans l'espace urbain

Systématiquement associé aux prises de médicaments et régulièrement avec les substances illicites, il démultiplie les conséquences sanitaires et les risques pris. Chez les utilisateurs précarisés, il s'agit essentiellement de bières mais souvent de bières fortes (8°10, 10°10) – le vin restant plutôt consommé par les personnes de la rue non consommatrices de substances illicites. Comme le souligne la responsable d'observation de l'espace urbain, sa consommation représente un indicateur de la situation et de l'état d'esprit de l'utilisateur : plus la personne est en situation de précarité et d'exclusion, plus la consommation est élevée et quotidienne, plus leur santé mais également leur apparence se dégradent, plus ils s'éloignent des normes collectives.

o Dans l'espace festif

Dans l'espace festif, aucune évolution n'est observée concernant ce produit. Dans l'espace alternatif, l'alcool reste avec le cannabis, le produit le plus utilisé. Il domine les consommations dans l'espace commercial. Le coordinateur du Bus 31/32 remarque qu'il est plus facile de diffuser des messages de réduction des risques aux polyconsommateurs qu'auprès des personnes consommant seulement de l'alcool. La coexistence ici entre d'une part le statut licite de ce produit et d'autre part le statut illicite des autres substances, constitue un obstacle majeur de la prévention : ces mêmes personnes revendiquent qu'elles boivent mais « *ne se droquent pas* ».

Les utilisateurs de l'espace festif ne se sentent pas concernés par le phénomène de *binge drinking* : s'ils se retrouvent en état d'ivresse, ils ne visent pas l'absorption la plus rapide et la plus importante possible d'alcool, ni l'état d'inconscience. Cette pratique semble plutôt concerner des personnes ayant un rapport problématique à l'alcool, dans ce cas nous ne sommes pas face à un phénomène nouveau. Il est probable qu'il s'observe plus chez des jeunes personnes soumises à de fortes pressions sociales dans le cadre de leurs études de commerce ou de médecine par exemple : selon la métaphore de la cocotte minute, la consommation excessive ponctuelle en fin de période d'examen fonctionne comme un mécanisme de dépressurisation. Néanmoins, là non plus il n'est pas sûr qu'il s'agisse d'un phénomène nouveau.

La médiatisation actuelle du *binge drinking* appelle sans doute une lecture critique : cette pratique est peut être tout simplement plus visible qu'auparavant, car concernant plus de personnes et/ou se faisant dans des lieux festifs plus accessibles à des personnes extérieures à ces consommations (bars, salles de fête), mais les quantités et les fréquences ne sont pas forcément plus élevées.

- Chez les adolescents des quartiers populaires

L'Unité de Prévention Urbaine de Marseille remarque une augmentation de la consommation de bières, d'alcools forts et de premix chez les adolescents (12-16 ans, garçons et filles) des quartiers pauvres. Cependant, ces constats peuvent être liés à une inflation des signalements des logeurs et des agents d'entretien dans le cadre du CLSPD.

Ce phénomène est expliqué par une multiplication des épiceries de nuit dont les gérants seraient souvent peu scrupuleux sur l'interdit ou la restriction de vente d'alcool aux mineurs. Or, la multiplication des épiceries de nuit est actuellement un argument dans les campagnes électorales marseillaises, et une doléance de CIQ. Mais, selon un chargé de développement économique de la Ville de Marseille, « *On en comptait 2633 en 1993. Il y en a 1925 aujourd'hui. Ce n'est pas un créneau hyperporteur. Marseille n'est pas une ville assez grande pour avoir une clientèle de nuit.* »⁸¹

Un autre facteur explicatif de cet accroissement de la consommation d'alcool chez les adolescents est la diffusion de sodas stimulants (*dark dog*®, *red bull*®) parfois mélangés à de l'alcool. Leur consommation quotidienne se développerait en remplacement des autres sodas pour leur effet supplémentaire de stimulation, d'excitation. A noter que ces mélanges imitent les alcoolpops⁸².

A Aix, est signalé un autre phénomène : la location d'une chambre de chaîne d'hôtel – donc sans surveillance directe de la clientèle – par un groupe de jeunes personnes pour aller y boire de l'alcool et fumer du cannabis – aucun autre produit n'a été retrouvé. Il s'agit de personnes issues des cités les plus paupérisées, ne disposant pas de logement personnel ou n'ayant pas les ressources financières et symboliques (apparence physique et vestimentaire) pour entrer dans une boîte. Il peut s'agir là d'une adaptation à l'absence de lieux adaptés pour se retrouver entre pairs, mais également d'une stratégie d'évitement du risque d'interpellation et de contrôle policiers dans le cadre de l'interdiction de se rassembler au bas des immeubles (Loi sur la Sécurité Quotidienne, 15 novembre 2002).

- Les injonctions thérapeutiques

Selon un médecin alcoologue de CSST on observerait depuis quelques temps une évolution des représentations du soin des personnes alcooliques. Il y a 20 ans, un alcoolique était plutôt perçu comme ayant peu de perspectives de changement ; aujourd'hui, le traitement médical et psychothérapeutique de l'alcoolisme est envisagé comme solution possible. Cette évolution s'observe tant chez les professionnels de l'application de la loi que chez les intéressés eux-mêmes. Le médecin observe une nette augmentation des injonctions thérapeutiques liées à l'alcool, repère que

⁸¹ *La Provence*, J.-J. Fiorito, « Menace de fermeture sur les épiceries de nuit », 12 janvier 2009

⁸² Boissons composées de sodas très sucrés et d'un alcool fort, vendues en commerce et établissements festifs

l'interpellation est souvent à l'origine d'une prise de conscience de la consommation problématique d'alcool, d'autres événements biographiques (perte d'emploi, divorce...) n'ayant pas eu cet effet là. Les personnes réagiraient différemment à l'injonction : certaines s'en moquent ; d'autres la voient comme une opportunité pour rencontrer une personne à l'écoute. Certains trouvent la consultation tellement intéressante qu'ils oublient de faire signer le certificat attestant de leur venue dans le cadre de la peine, ou continuent à venir après la durée de l'injonction.

- **Le cannabis**

o Disponibilité

Dans l'espace urbain, la résine de « mauvaise » qualité reste la plus présente ; la différence entre le « commercial » et le « bon » reposant moins sur une différence de qualité qu'une différence de prix : 10 € pour la « barrette de bon » et 20 € pour l'aute. La résine de « bonne » qualité est, comme l'opium, présente ponctuellement dans de petits réseaux d'utilisateurs ayant une insertion stable. L'herbe contenant des cristaux de quartz semble présente de temps en temps mais beaucoup plus rarement que les années précédentes : généralement les utilisateurs n'en veulent plus. Ce produit n'est pas le plus utilisé chez les usagers les plus précarisés de l'espace urbain du fait de sa cherté au regard de l'intensité des effets induits.

Dans l'espace festif alternatif, le cannabis serait devenu rare et, donc, cher, « *contrairement aux autres produits qui voient leur prix stagner, voire diminuer.* »⁸³. Cette baisse d'accessibilité (prix et disponibilité) pourrait être compensée par la consommation d'autres produits, sans non plus l'encourager ni l'augmenter. Alors qu'il y a quelques années en arrière il constituait le produit de base de la fête alternative, aujourd'hui il est fréquent que des personnes en soient dépourvues, ce qui ne va pas sans poser problème pour gérer les effets parfois anxiogènes ou trop intenses et pour rendre la descente, notamment de stimulants, moins difficile.

Du côté des professionnels de l'application de la loi, dans les interpellations, l'herbe serait de plus en plus trouvée par rapport à dix ans en arrière. Cela est expliqué par le développement de la culture domestique, qui serait autant destinée à la consommation personnelle qu'à la revente. L'augmentation de cette disponibilité pourrait être liée au développement de la culture en appartement par les réseaux traditionnels du trafic, qui autrefois vendaient surtout de la résine, réseaux inscrits dans les cités des quartiers pauvres comme dans des appartements et des villas des quartiers aisés.

Ils notent également une multiplication des points de vente, soit en gérance (un fournisseur crée un nouveau point et le confie à quelqu'un), soit du même fournisseur (déplacement dans un autre quartier ou cité). Ils l'expliquent par l'augmentation du nombre de consommateurs, principalement chez les collégiens : cette « *explosion* » de la vente concernerait surtout les abords des collèges.

o Conséquences sanitaires

Le médecin du CAARUD Protox précise que les consultations pour usage « dur » du cannabis (plus d'une quinzaine de joints par jour) sont relativement rares, les personnes venant souvent sur insistance d'une personne de l'entourage qui s'inquiète. Quand il y a usage « dur » il est le symptôme d'une difficulté psychologique, généralement de type schizophrénique, antérieure à l'usage qui prend la forme d'une automédication. Pour le médecin, ce n'est pas tant l'usage qu'il faut arrêter – même s'il peut aggraver l'état de santé psychologique –, que la difficulté psychologique qu'il faut traiter.

Au cours du second semestre, un homme d'une cinquantaine d'années a été hospitalisé après avoir fumé de l'herbe contenant des billes de quartz.

o Une explosion de la consommation chez les plus jeunes ?

L'équipe de Prox de SOS-DI signale qu'elle est de plus en plus sollicitée dans les quartiers périphériques du nord / nord-est sur la question de l'usage intensif de cannabis (entre 10 et 15 joints par jour et toute la journée) chez des jeunes de 15-20 ans en situations de déscolarisation et d'inactivité socio professionnelle.

A Marseille, l'Unité de Prévention Urbaine a l'impression d'un rajeunissement des consommateurs, ceci autant dans les quartiers périphériques que dans les quartiers plus aisés. Cette impression

⁸³ Grimaud C., op. cit.

repose sur les constats des agents PFAD (Policiers Formateurs Anti Drogue), d'enseignants et proviseurs de collège et de travailleurs sociaux. En l'occurrence, il s'agit d'une visibilité plus grande du trafic dans les collèges et les lycées et de la consommation régulière chez la tranche d'âge 11-15 ans, et plus particulièrement les 11-13 ans – autrefois, exceptionnelle. Par contre, elle constate que chez les plus âgés (18-25 ans) cette consommation reste stable, occasionnelle et peu élevée (un à deux joints par jour) ; dans cette tranche d'âge, la consommation quotidienne concerne des personnes qui ont d'autres difficultés sociales antérieures à l'usage.

Toutefois, des éléments amènent à questionner ce constat d'un rajeunissement de l'usage. L'enquête ESCAPAD 2008 indique, entre 2003 et 2008, une baisse de l'expérimentation de cannabis (50,3% à 42,2%) et de la consommation régulière (10,6% à 7,3%). Il est possible que les professionnels accordent une plus grande attention à ces consommations chez les jeunes suite à une médiatisation ces dernières années (spots télévisés de 2005-2006, brochures de prévention dans les infirmeries scolaires, mise en place des consultations cannabis). Enfin, la visibilité de l'usage augmente effectivement dans l'espace public par rapport à quelques années en arrière, mais elle n'indique pas une généralisation de l'usage de cannabis chez les plus jeunes.

Certes, il est possible que Marseille, qui présente généralement des taux plus élevés qu'ailleurs, ait une consommation adolescente de cannabis plus élevée que ces résultats nationaux ne précisent pas. Il est également possible qu'en 2008, on assiste effectivement à une remontée brutale et *circonscrite aux plus jeunes* (13-15 ans) de la consommation de cannabis qu'une enquête s'adressant aux jeunes âgés de 17 ans ne montre pas.

6. Les produits rares et les nouveaux produits

- Le 2-CB

Le 2-CB reste présent sous la forme de comprimé ou de gélule. Il peut être annoncé comme étant de l'ecstasy/MDMA – à l'insu du vendeur lui-même – ou comme du 2-CB. Ces effets hallucinogènes responsables des importantes modifications perceptives pouvant être ressenties avec le MDMA surprennent ceux qui ne s'y attendent pas. Ces hallucinations ne sont pas de l'ordre des distorsions des perceptions ou amplifications des sensations comme avec le MDMA mais de l'ordre de la production imaginaire, d'où le risque de bad trip pour ceux qui n'y sont pas habitués.

Ainsi, est rapporté le témoignage d'un couple ayant une expérience relativement longue des produits. L'homme qui était usager de LSD a bien géré et vécu les effets, mais sa compagne, non utilisatrice de LSD, a fait un bad trip (grosse angoisse).

- L'apparition du kratom

Sur ce second semestre, ce nouveau produit est remarqué dans les consommations des utilisateurs de l'espace urbain de Marseille et Aix en Provence.

Le Kratom (*Mitragyna Spéciosa*) est un arbre pouvant mesurer jusqu'à 15 mètres qui pousse dans les forêts tropicales du Sud-ouest de l'Asie. Sa consommation est réglementée en Australie, Thaïlande, Birmanie et Malaisie. Il peut être consommé soit en mastiquant ces feuilles fraîches (comme les feuilles de coca) pour obtenir une sensation d'énergie, soit en ingérant ou en fumant de la résine. Il contiendrait plus de 25 alcaloïdes différents dont la mitragynine, alcaloïde qui agit comme un récepteur opiacé agoniste. Il est d'ailleurs utilisé par les habitants de ces régions en substitution de l'héroïne et de l'opium quand ils se font rares. D'autres effets sont décrits quant à l'amélioration de performances sexuelles. Une consommation régulière et importante pourrait entraîner une accoutumance.

Sur Marseille c'est la forme résine qui a été disponible et consommée en « chassant le dragon ». Les effets ressentis sont décrits comme très proches de l'opium mais en plus léger.

- L'apparition de la méthylone

Ce produit est signalé par un utilisateur de l'espace festif alternatif mais d'après lui il serait plus disponible dans l'espace festif commercial. Il semble ignorer sa nature pharmacologique : il le présente comme un mélange de MDMA et de cocaïne, alors que la méthylone est une molécule

spécifique. Dans la mesure où il y a une confusion certaine sur sa nature, il est difficile d'évaluer sa disponibilité.

7. Focus sur la Ritaline®, risques pour les usagers et difficultés pour les professionnels

Ce focus repose sur la note thématique réalisée par Sylvie Priez⁸⁴, sur les propos des professionnels qui en ont largement parlé lors du focus group sanitaire, ainsi que sur les observations d'Entractes (CAARUD, Nice). Les extraits d'entretiens d'usagers sont issus de cette note thématique⁸⁵.

- Conditions de prescription et risques

En France, l'AMM du méthylphénidate, sous les appellations de Ritaline® et de Concerta®, date de 1995. Son indication concerne le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) chez l'enfant de plus de 6 ans ou l'adolescent ; elle n'est pas valable pour des adultes présentant ce trouble, mais en cas de narcolepsie. Le médicament agit de manière paradoxale et permet, à contrario de l'effet amphétamine ressenti par tous ceux qui ne présente pas de troubles TDAH, de calmer les agitations et d'améliorer la concentration. Il est classé comme stupéfiant.

La prescription initiale doit être faite en milieu hospitalier par un spécialiste en psychiatrie, neurologie, pédiatrie ou de centres du sommeil. Cette prescription doit être renouvelée annuellement par ces mêmes spécialistes ; les prescriptions intermédiaires peuvent se faire chez un médecin généraliste sur une ordonnance sécurisée de 28 jours maximum. La posologie quotidienne est de 20 à 30 mg par jour ; certains vont jusqu'à 60 mg ; le dépassement des 60 mg est déconseillé. Ritaline® et Concerta® se distinguent par des dosages et une posologie différents :

- Ritaline® : comprimés dosés à 10 mg et gélules dosées à 20, 30 ou 40 mg en libération prolongée (Ritaline LP®) ; en moyenne, 2 à 3 prises par jour ;
- Concerta LP® : capsules dosées à 18, 27, 36 et 54 mg ; une prise par jour.

Les risques sont d'ordre physiques et psychologiques :

- un retard de croissance qui se rattraperait par la suite,
- une accélération du rythme cardiaque et de la tension artérielle (effet sympathomimétique), induisant une vulnérabilité cardiaque chez certains, voire un décès ;
- des hallucinations dans 2 à 5% des cas ;
- trouble psychiatrique d'ordre psychotique ;
- un phénomène d'accoutumance voire de dépendance ; il a conduit en 1999 la Drug Enforcement Administration (DEA, USA) « (à lancer) une mise en garde face au développement du trafic de méthylphénidate autour des écoles, des lycées et sur les campus, où les comprimés, une fois broyés, sont sniffés »⁸⁶.
- le risque d'induire une appétence pour les produits psychoactifs. Toutefois, il s'agit là de distinguer la responsabilité du TDAH de celle du médicament lui-même : la survenue future d'addiction est, chez certaines personnes, plus liée à la vulnérabilité spécifique induite par le TDAH. Chez d'autres, ne souffrant pas au départ de TDAH (cf. paragraphe suivant), c'est plutôt le médicament lui-même qui est en cause. Ainsi, « il est apparu que les enfants traités par le méthylphénidate manifestaient une tendance à pérenniser la consommation de ce médicament même lorsque le médecin décidait d'en arrêter la prescription »⁸⁷.

Enfin, un autre risque, cette fois du côté des prescripteurs et de l'entourage de la personne, peut être souligné : celui de prescrire ce médicaments pour des personnes, généralement des enfants, qui ont un comportement ne correspondant pas aux attentes sociales du fait de situations et d'événements socio affectifs déstabilisants, sources de souffrance, mais qui est interprété comme symptôme de TDAH. Dans ce cas, la difficulté qui appellerait plutôt un suivi psychologique de la personne, est traitée par l'administration d'un médicament.

⁸⁴ Sylvie Priez l'aborde selon une problématique de médicalisation de la déviance, que peut représenter le cumul des stigmates de pauvreté, comportements turbulents des enfants, notamment à l'école, enfants de parents divorcés/séparés.

⁸⁵ Priez S., 2008, Note thématique TREND : l'usage de méthylphénidate. Ritaline® et Concerta®, AMPTA-CIRDD, OFDT

⁸⁶ Richard D., Senon J.-L., Valleur M., 2004,

⁸⁷ Richard D., Senon J.-L., Valleur M., op. cit.

- Les utilisateurs à Marseille

Depuis 2004, le nombre d'utilisateurs à Marseille n'a cessé d'augmenter – le constat est identique à Nice. En 2004, le rapport TREND Marseille évoque « *Une pratique marginale : 2 cas d'usagers d'Aix en Provence qui injecteraient la Ritaline®* ». Aux dires d'un des 2 usagers, le produit serait revendu dans la rue et consommé par d'autres injecteurs⁸⁸. Au premier semestre 2006, la Ritaline® est remarquée dans les consommations d'une dizaine d'usagers de drogues du bas seuil de Marseille. En 2008, chez les usagers du bas seuil, on peut dire que rares sont ceux qui n'en ont pas consommé ou n'en consomment pas. Il reste cependant difficile d'estimer la diffusion de cet usage.

Les utilisateurs *visibles* sont essentiellement ceux du bas seuil en situation de grande précarité du centre ville. Il peut s'agir aussi de personnes en situation sociale plus stable qui ont expérimenté les amphétamines et l'Orténal® (traitement pour l'épilepsie).

Les femmes sont particulièrement représentées. D'une part, elles recourent plus facilement aux médecins et sont plus susceptibles de se faire prescrire des médicaments à symptômes cliniques identiques⁸⁹. D'autre part, les risques (agression, coups, viol) qu'elles courent en s'approvisionnant elles mêmes, notamment en cocaïne, les conduisent à privilégier les médicaments.

- Les effets recherchés et non recherchés et la perception du produit

Les utilisateurs décrivent une montée des effets courte (1/2 h) et douce, un plateau agréable plutôt long (7-8 heures) et une redescente particulièrement difficile (3-4 heures). Mais ces durées sont à relier à la quantité consommée : sur les sites Internet de médecine, les effets sont décrits comme ayant une durée de 2h... Ainsi, un homme témoigne qu'il prend huit gélules dans une cuillère (soit 160 mg au minimum) qui lui procurent 10h d'effets ; un autre prend un pot de 28 gélules par jour⁹⁰.

Les effets recherchés par les utilisateurs sont le bien être, la capacité à agir - dans une situation où les multiples difficultés, notamment psychologiques, et les autres produits ont plutôt tendance à paralyser l'action -, la stimulation pour se déplacer pour des personnes qui peuvent rester des heures au même endroit, la capacité aussi à communiquer alors que le mal être et les consommations d'autres produits l'altèrent (stimulation de la concentration). Cette stimulation du rapport à l'environnement et à autrui est source de bien être chez des personnes dont la situation est caractérisée, entre autres, par l'ennui du au désœuvrement et à la routine quotidienne.

« *J'avais besoin de courir et j'ai planté⁹¹ mon pote en lui disant « il faut que je bouge », pourtant avec mon accident je n'arrive à marcher que lentement mais là j'ai couru* » ;

« *Ce qui est bien c'est de se sentir bien dans sa peau, pouvoir parler mieux que d'habitude, communiquer plus facilement avec les autres* » ;

« *C'est des amphétamines donc tu parles, t'es bien, tu as du bien être* »

Sur le long terme, les effets désagréables ressentis en descente et liés à l'augmentation des doses (accoutumance) apparaissent et viennent relativiser les effets agréables ressentis au début : paranoïa, perte de mémoire, mal être, sentiment dépressif, agressivité, insomnie, épuisement physique et psychique, bouffées délirantes, réactivation de souvenirs et pensées malheureux.

« *Après on devient parano, on se demande qui est derrière soi, on entend les vibrations des antennes de réception des téléphones portables dans sa tête, on devient agressif* » ;

« *Le fait que tu ne manges pas, que tu ne dors pas, plus tu gamberges et plus tu te prends la tête, c'est très dépressif comme médicament* »

Cette descente difficile ainsi que le phénomène d'accoutumance expliquent la difficulté de certains utilisateurs à contrôler leur consommation. Cependant, certains parviennent à la gérer, du fait sans doute d'une moindre vulnérabilité au mal être psychologique lorsque les effets disparaissent et d'une appréhension moins angoissée du manque qui permet de mieux le supporter. De même qu'avec

⁸⁸ Musso S., Rapport TREND Marseille 2004, AMPTA-CIRDD, OFDT

⁸⁹ Simmat-Durand, 2009

⁹⁰ www.revihop06.org

⁹¹ Planter : abandonner quelqu'un, le laisser tout seul brutalement

d'autres substances psychoactives, un utilisateur souligne aussi que selon l'état d'esprit dans lequel le médicament est consommé, le risque de vivre un état dépressif en descente est plus ou moins grand.

« On sait que ce n'est pas agréable donc on le gère dans sa tête et on attend que ça passe. Faut savoir gérer et là y'a pas de problème » ;

« J'arrête régulièrement, je ne suis pas dépendant, des jours j'en prends, des jours j'en prends pas, quand j'ai fini mes boîtes je n'en prends plus, j'attends le renouvellement ou si j'ai de l'argent je prends un peu de coke » ;

« Ca dépend comment tu gères la chose, si par exemple tu prends le matin et si tu arrêtes tout, tu as le temps de tourner avec 40 à 50 mg. Tu as le temps de tourner toute une journée et de redescendre bien. Maintenant si tu la prends à deux heures du matin et que tu es dans un mauvais trip et que ça va pas donc, tu vas pas dormir et avec la fatigue voilà, c'est comme toute bonne chose, il faut savoir apprécier. Si tu es dans un délire, je me défonce pour me défoncer, tu auras beau prendre ce que tu veux après ça sera jamais bien ».

D'autres utilisateurs n'ont pas dépassé le stade de l'expérimentation : les effets sont jugés peu intéressants, et la descente difficile avec sentiment paranoïaque et sensation d'oppression thoracique.

«La défonce n'est vraiment pas bonne. Il y a, c'est vrai, une bonne montée de speed mais après c'est comparable à une montée de Skénan® mais sans l'effet du Skénan®. Ensuite on est vraiment mal, au secours ! Avec des effets parano à regarder derrière moi, et une boule sur l'estomac, moi j'ai dit c'est fini je touche plus à ça. La descente a été hyper désagréable avec l'impression d'être dans une cage et beaucoup de mal à respirer. »⁹²

Enfin, certaines personnes ne l'ont pas expérimentée : l'observation de la manifestation des effets sur leurs pairs, qu'il s'agisse de l'état d'agressivité, de dépression, ou de l'amaigrissement et de la consommation compulsive, n'a suscité aucun attrait, au contraire.

« Des fois je dis merci à F. : En voyant dans quels états tu te mets F., grâce à toi, je ne prends pas de Ritaline® et je dis merci à M. : grâce à toi je ne prends pas d'Artane® ».

- **Modes d'administration, associations et risques sanitaires**

C'est un produit qui est injecté par la majorité de ses utilisateurs. Ce sont principalement les comprimés de 10 mg qui sont utilisés. Plusieurs types de préparation sont décrits :

- On écrase et / ou on laisse fondre un cachet de 10 mg dans de l'eau, on mélange et / ou on laisse reposer jusqu'à ce que l'eau et le principe actif (chlorhydrate de méthylphénidate) surnage, les excipients (lactose, talc et amidon de maïs) restent au fond de la gamate. On pompe avec un filtre dans le liquide clair.
- Dilution de 4 comprimés de 10 mg. Même technique que la première pour la suite mais le liquide clair est pompé avec deux seringues différentes. Deux injections de 20 mg sont faites, espacées de 15 min. La deuxième injection est décrite comme meilleure, car potentialisant les effets de la première.
- Injection faite à partir de gélule de 40 mg de Ritaline® LP. Les micros billes contenues dans la gélule doivent être préalablement finement écrasées puis dissoutes dans l'eau. Idem que dans les deux autres méthodes pour le pompage dans la seringue. Cette technique, utilisée par un usager dans ses débuts de prise de Ritaline® est décrite comme *« Trop forte, trop difficile à gérer, les effets sont trop violents et la redescende est trop pénible ».*

Comme avec la cocaïne, les injections se multiplient et les quantités augmentent. Les usagers parlent de plusieurs plaques par jour en injection, probablement plus de 90 mg. L'équipe du Sleep'in rapporte des cas d'usagers procédant à 80-100 injections par jour ; pour Asud, il s'agit de cas extrêmes, non représentatifs, la plupart des usagers faisant bien moins d'injections. D'autant, qu'il existe un seuil au-delà duquel il n'y a plus d'effet, les utilisateurs n'ont aucun intérêt à augmenter indéfiniment les doses.

Le Caarud Entractes signale que des utilisateurs prennent du Skenan® ou du Subutex® pour faciliter la descente⁹³ ; d'autres consomment un speed ball obtenu avec Ritaline® + Subutex®⁹⁴.

⁹² Musso S., op. cit.

⁹³ www.revihop06.org

Avant de consommer la Ritaline®, de nombreux usagers étaient aussi des consommateurs plus ou moins réguliers d'Artane®, des femmes notamment. Le second n'a pas remplacé le premier, comme on aurait pu le penser : les deux produits sont utilisés en alternance ou simultanément. Pour un professionnel, ce mélange hallucinogène/ stimulant : « *C'est le champi-coke version trash du pauvre* ».

Les effets secondaires de cette association sont décrits par les intervenants comme un « yoyo » d'états entre décompensation psychotique, des accès de paranoïa, avec des mimiques, des fous rires puis des phases de grande détresse. Cette association induit des états d'inconscience tels que les personnes se déplacent, agissent ou subissent des choses dont elles n'ont aucun souvenir par la suite. Elle serait plus fréquente chez les femmes. Cette recherche d'inconscience est celle, sans doute, d'une mise entre parenthèse à la fois de la réalité lorsque l'on n'arrive plus à y faire face et de soi-même lorsqu'on ne se supporte plus. Cette logique d'usage (mise entre parenthèse du monde et de l'image de soi) concerne probablement la plupart des consommations de benzodiazépines.

« Dans ces cas de mélange Artane® / Ritaline® ils font le mélange dans la même seringue et ça fait des ravages, ils se le disent entre eux que ça fait des ravages. Des consommations où il y a des réels troubles de la mémoire, des désorientations, ils se réveillent à un endroit sans aucun souvenir de comment ils y sont arrivés, plus de papiers, plus rien, mais ils continuent quand même à le faire. Ils semblent que se soit beaucoup de filles qui ont ce type de pratiques ». (Professionnel)

Les principaux risques sanitaires sont le risque d'accident cardio-vasculaire et les abcès dus à la préparation, notamment le recours plus rare au Stérifilt® chez ces utilisateurs, et à la fièvre due aux effets excitants qui fait trembler et déraiser. Selon un utilisateur, l'infection serait pire que celle liée à l'injection de Subutex®.

*« Y'a deux personnes qui ont fait des infections par rapport à l'injection. Son bras a triplé de volume, l'autre avait du pus, c'est pire que le Sub » ;
« Ils utilisent le filtre en coton, peu le Stérifilt® » ;*

Les risques et conséquences psychologiques sont aussi importants : agressivité, apparition et / ou augmentation d'effets paranoïaques voire de psychoses, états dépressifs qui réveillent de vraies souffrances psychiques et démultiplient le mal-être.

De même que dans le cadre d'une prescription pour TDAH, est évoqué des symptômes de sevrage avec un état dépressif exacerbé et un mal-être physique après plusieurs semaines de consommation.

« C'est difficile d'arrêter, c'est douloureux dans le corps »

- La question de la substitution à la cocaïne

Il est à noter que la question de la substitution de la cocaïne par le méthylphénidate ne se pose pas de la même façon pour les utilisateurs et les professionnels de la santé.

Du côté des utilisateurs, le remplacement de la cocaïne par le méthylphénidate s'inscrit dans une logique économique principalement puisque d'un moindre coût : la cocaïne serait ainsi consommée plutôt en début de mois, et la Ritaline® en fin de mois. Il a également pour finalité la diminution de l'usage addictif de cocaïne ou en tous cas l'aménagement de pauses. En outre, les effets de la Ritaline® seraient plus forts que ceux de la cocaïne ; mais cette sensation peut s'expliquer par le fait que la cocaïne contient généralement peu, voire pas du tout, de principe actif.

« Si on prend des deux c'est la Ritaline® qui prend le dessus, on sent moins les effets de la cocaïne ou alors il faut attendre plusieurs heures avant de reprendre de la cocaïne pour la sentir »

Mais il peut avoir également pour certains une finalité de réduction des risques induits par l'usage de cocaïne : produit dans lequel sont présentes toute une variété de substances (alors que la Ritaline® est dans un conditionnement stérile) et risque d'accident cardiaque. S'il est difficile de dire que le risque d'accident est moindre avec le méthylphénidate, il permet à certains utilisateurs d'arrêter la cocaïne avec laquelle ils ont pu en connaître. Son usage peut avoir également pour finalité l'aménagement de pauses dans l'usage addictif de cocaïne. Le risque pénal est également moindre qu'en cas de possession de cocaïne. Il serait intéressant d'approfondir l'analyse des représentations des risques comparés entre cocaïne et méthylphénidate.

⁹⁴ www.revihop06.org

« Même avec la Ritaline® maintenant j'ai peur quand j'en prend, j'ai déjà eu plusieurs accidents avec la cocaïne. Alors la cocaïne je n'en prend plus mais avec la Ritaline® j'ai quand même peur » ;
« De toute façon, le cœur tape beaucoup avec la Ritaline® »

Enfin, certains préfèrent la Ritaline®, d'autres la cocaïne mais prendront de la Ritaline® à défaut de cocaïne.

Il semble qu'une partie des prescriptions obtenues auprès de quelques médecins par les utilisateurs se fasse dans l'idée d'un traitement de substitution à la cocaïne, bien que le méthylphénidate n'ait pas d'AMM dans ce cadre. Pourtant, à ce jour il n'y aurait pas d'études ayant démontré l'intérêt avéré de cette molécule dans le traitement de la dépendance à la cocaïne. Il est également possible que certains médecins, cédant à la pression d'un utilisateur ou voulant le faire sortir au plus vite de son cabinet, acceptent de le prescrire. La mise en place d'une ordonnance sécurisée et une alerte de la CPCAM à l'attention des médecins généralistes devraient réduire ce types de prescriptions.

« Là j'ai arrêté, j'en prends plus, c'est fini, y'a plus d'accès, il a marqué en gros sur sa porte : 'Je ne prescris pas de Ritaline®', alors là c'est fini »

Dans le témoignage présenté ci-dessous, le médecin prescrit de la Ritaline® dans une optique de traitement de substitution en prenant la précaution d'inciter son patient à s'abstenir deux jours sur cinq de son choix dans la semaine. Ceci réduit ainsi l'accoutumance et le risque d'augmenter les doses. De même, on remarque qu'il prescrit le Concerta® à libération prolongée : l'effet est plus doux et la stimulation est moindre, réduisant le risque de prises compulsives. Au fil des mois, les doses prescrites sont dégressives.

Selon ce témoignage, la constance des effets amphétaminiques, ainsi que le cadre médical de son accessibilité qui permettent une stabilisation de l'usage, peuvent ainsi convenir à certains utilisateurs qui sont dans une situation sociale stabilisée et parviennent à gérer, puis réduire progressivement leur consommation. Avec la cocaïne, du fait de la variabilité de la teneur en principe actif et des effets et de l'irrégularité de l'approvisionnement (ressources financières et disponibilité), cette stabilité, préalable à une diminution progressive, n'est pas possible. Cette possibilité de gestion de l'usage est inégale entre les personnes, du fait notamment de la stabilité ou l'instabilité de leur situation sociale et de leurs occupations. C'est ce que souligne M. à sa manière.

« Je suis tombé sur quelqu'un qui était habilité à la prescrire et qui en même temps suivait des toxicos depuis longtemps, donc forcément ça a pu aller. Après trois heures de tchatte quand même, il ne me l'a pas passé comme ça. A l'époque je prenais beaucoup de cocaïne. Il m'a prescrit Concerta®, (...). Donc c'est soit une gélule de 36 et une de 18, soit deux gélules (...) de 36mg le matin. Il ne faut absolument rien prendre le soir, en sachant qu'il ne faut pas boire de l'alcool ni mélanger avec d'autres choses ou des drogues, c'est comme tout. (...) le truc c'était de tourner à 2 gélules de 36mg, toujours le matin, mais 5 fois par semaine et faire un temps d'arrêt de 2 jours complets, les jours de mon choix. La dose ne baissait pas mais il y avait des jours au choix sans en prendre. Après ça fait moins d'effets, c'est pour ça que les temps d'arrêt sont vachement importants en fait. Dans mon cas, le fait que je travaillais etc. et tout, j'avais beaucoup plus d'occupations qu'avant, ça aide aussi énormément (...) Après j'ai essayé 3 jours d'arrêt ensuite 4 jours, ensuite j'ai baissé de 2 gélules à 1 gélule ½, ensuite à 1 jusqu'à l'arrêt complet. Ça a pris quelques mois, en gros 6 ou 8 mois. Le gars perdu dans la cocaïne, en fait il peut trouver un réconfort dans la Ritaline® s'il est bien suivi. Oui, ça peut aider quelqu'un par rapport à une substitution de la cocaïne mais je dirais aussi que c'est dangereux pour les gens qui se défoncent avec, c'est assez dangereux. »

- Difficultés rencontrées par les professionnels avec ces utilisateurs de Ritaline®

L'usage compulsif de Ritaline® interroge les acteurs présents au groupe focal sanitaire, tant sur le plan sanitaire que sur celui de leur pratique professionnelle. Ils constatent une augmentation de la prise de matériel d'injection chez ces utilisateurs, alors qu'elle reste stable chez les injecteurs d'autres produits. Cette augmentation ne s'accompagne pas d'un accroissement du nombre d'utilisateurs de Ritaline® et indique la compulsion de l'usage.

Pour les professionnels, ce produit pose de façon aigüe le problème de la gestion des états psychologiques et des conduites qu'il peut induire à l'intérieur des structures tant dans leurs relations avec les équipes qu'avec les autres bénéficiaires. En l'occurrence, il s'agit, en descente, de moments de profond mal être, de détresse telle que les intervenants se sentent impuissants pour y faire face, et, en période de manque, d'attitude agressive, de coup de colère, voire de violence envers leur interlocuteur. Cela est d'autant plus déstabilisant pour l'équipe du Sleep'in et a d'autant plus d'impact sur l'ambiance dans la structure et le moral des autres bénéficiaires, que les personnes sont présentes du début de soirée au lendemain matin.

Les professionnels soulignent que le contrôle des prescriptions ne règle pas le problème de la dépendance et du manque que peuvent ressentir les utilisateurs les plus fréquents de ce produit, ainsi que celui des comportements agressifs et violents en l'absence d'un produit de substitution. Des cas sont rapportés de médecins ou de pharmaciens ayant été violentés, au moins verbalement, lorsqu'ils ont refusé de prescrire ou de vendre de la Ritaline® à un usager. Une autre illustration de la détresse des utilisateurs confrontés au manque est illustré par le témoignage d'une femme qui a fait prescrire de la Ritaline® à son enfant pour elle même. La sécurisation des ordonnances ne ferait que « *déplacer le problème* » : les utilisateurs recourent alors au marché noir, tandis que la souffrance du manque n'est pas prise en compte et que les professionnels sont toujours aussi démunis pour faire face aux états psychologiques induits par le sevrage. Certains utilisateurs régulent la sensation de manque, en demandant et obtenant une augmentation de la prescription de méthadone et de benzodiazépines, mais selon les intervenants cela ne représente pas une solution puisque elle accroît la modification de l'état de conscience.

A noter que parmi ces utilisateurs, certains ont eu un traitement à la Ritaline® lorsqu'ils étaient enfants. Le Sleep'in en signale deux sur la dizaine qui en consomment, et le Centre Puget Corderie également. Dans la mesure où l'AMM française date de 1995, cela signifie que ces traitements auraient débuté il y a 14 ans maximum. Il s'agit donc de personnes âgées aujourd'hui de plus de 20 ans pour ceux qui parviennent à l'obtenir sur prescription. Un médecin souligne ainsi le manque de recul en France sur les effets à long terme de ce médicament et de son sevrage. Il souligne également la méconnaissance de certains médecins quant à ce médicament qu'ils prescrivent. La question se pose des conséquences à long terme de l'arrêt du traitement : à savoir, n'accroît-il pas le risque de recourir à des substances stimulantes illicites pour faire face à un syndrome d'hyperactivité non soigné, puisque la personne en connaît déjà l'intérêt des effets ? Il en effet possible que les utilisateurs qui se le font prescrire souffrent encore de ce trouble, et ne le prennent pas - seulement - dans une logique de « *défonce* » mais d'automédication. Ici, deux logiques d'usage s'entremêlent rendant difficile le diagnostic entre pratique addictive et symptôme de trouble psychologique non soigné.

Annexe 1. Bibliographie

- AFSSAPS, CEIP- Addictovigilance, DRAMES. Résultats de l'enquête 2007, fév. 2009
- Beauchet A., 2001, *Entre rave et réalités : une ethnologie de la culture techno*, Maîtrise d'ethnologie
- Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Toufik A., Evrard I., 2008, *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006*, www.ofdt.fr
- CEIP de Marseille, OPPIDUM, Résultats par centre de l'enquête 19 (Oct. 2007), juin 2008
- Couppié T., Gasquet C., « Quartiers défavorisés : relégation pour certains jeunes, insertion sociale et professionnelle pour d'autres », *Bref*, revue du CEREQ, n°261, février 2009
- Decorte T., in C. Faugeron et M. Kokoreff, 2002, *Société avec Drogues. Enjeux et limites*, Ed. Erès
- Grimaud C., 2008, Note thématique TREND *La consommation de produits psychoactifs en milieu rural. Observation dans les Alpes de Haute Provence et les Hautes-Alpes*, AMPTA-CIRDD, OFDT
- Grynszpan E., 1999, *Bruyante techno. Réflexion sur le son de la free party*, ed. Mélanie Sétun
- Haute Autorité Sanitaire (HAS), Avis sur la méthadone gélule, 19 décembre 2007, www.has-santé.fr
- Hoareau E., Vernier S., Zurbach E., Rapport TREND Marseille 2007, AMPTA-CIRDD PACA, OFDT
- Hoareau E., Note thématique TREND « Spécificités des stratégies de prévention et des modalités de prise en charge sanitaire des usagers du milieu festif en Région PACA, GRVS, TREND, 2006
- Hoareau E., Note thématique TREND, *La pratique du free base dans le milieu festif marseillais*, 2007, GRVS, AMPTA, OFDT
- Hoareau E., 2006, *Recherche-action sur la réduction des risques liés à l'usage de substances psychoactives dans les espaces festifs techno de la région PACA en 2003-2004*, GRVS, Direction de la Santé Publique de la Ville de Marseille, Aides-Paca, Le Tipi
- Hoareau E., 2004, *La figure du perché : une forme de stigmatisation de l'usage abusif de substances psychoactives chez les participants aux fêtes techno*, Maîtrise de sociologie, dir. S. Bordreuil, Univ. Aix-Marseille
- INSEE, Enquête emploi 2007, « population active occupée selon l'âge et le statut des emplois », www.insee.fr
- La Provence, J.-J. Fiorito, « Menace de fermeture sur les épiceries de nuit », 12 janvier 2009
- Le Breton D., 1991, *Passions du Risque*, ed. Métaillé
- Le Monde, 4-5 mai 2008, « Norme Psychiatrique en vue », entretien de C. Prieur
- Libération, Durand J., « Mini délits et maxi chiffres pour la police. Délinquance. Fumeurs de shit et sans papiers gonflent les statistiques », 13 mai 2009
- Musso S., Rapport TREND Marseille 2004, AMPTA-CIRDD, OFDT
- OFDT, *Tendances* n°58, février 2008, *Huitième rapport national du dispositif TREND*, www.ofdt.fr
- Priez S., 2008, Note thématique TREND : l'usage de méthylphénidate. Ritaline® et Concerta®, AMPTA, OFDT
- Priez S., Notes semestrielles TREND Janvier-juin 2008 et Juillet-décembre 2008, AMPTA-CIRDD, OFDT
- Priez S., 2007, Note thématique TREND « Femmes et usage de drogues dans l'espace urbain de Marseille. Des constats difficiles », AMPTA-CIRDD, OFDT
- Racine E., 2000, *Le Phénomène techno. Clubs, raves et free parties*, ed. Imago
- Richard D., Senon J.L. et Valleur M., réed. 2004, *Dictionnaires des drogues et des dépendances*, ed. Larousse
- Roche P., *La proximité à l'épreuve de la débrouille. Situation de travail et postures professionnelles des travailleurs sociaux*, CEREQ, ADDAP 13, avec le soutien du service Prévention de la délinquance et de la Mission Sida Toxicomanie Prévention des Conduites à Risques, 2005
- Simmat-Durand L., « Femmes et addictions dans la littérature internationale : sexe, genre et risques », BEH-INVS, 10 mars 2009
- Verchère C. *Significations et logiques de l'usage de Psychotropes en lien avec le contexte festif techno I : enjeux identitaire* in Joubert M. (sous la direction de) *Villes et toxicomanie*, éditions Eres 2005, pp. 116-138

Annexe 2. Réflexions et difficultés rencontrées par les professionnels du soin et de RDR

- L'effet de l'interdiction du tabac sur l'accueil du public

Plusieurs intervenants de CAARUD, tout en reconnaissent l'intérêt sanitaire de l'interdiction de fumer dans les lieux publics à laquelle sont soumises ces structures, soulignent son effet néfaste, notamment celles qui ne disposent pas d'espace extérieur, sur la relation avec les personnes reçues.

Un entretien avec un utilisateur émerge souvent autour de la convivialité d'un café et/ou d'une cigarette. Afin de respecter la loi, les intervenants sont contraints de sortir dans la rue pour conduire cet entretien, ce qui pose le problème de l'intimité et de la confidentialité - d'autres utilisateurs sont alors présents. Cela nuit également à la légitimité du discours de l'intervenant dans l'espace public de la rue (principe d'égalité), autrement dit hors de l'espace qui officialise et donne sens à la relation intervenant/ utilisateur⁹⁵. Cela rend plus difficile pour les intervenants de désapprouver certaines paroles ou conduites : alors qu'à l'intérieur de la structure, il est possible de faire valoir le règlement (notamment la question du respect de chacun) ; à l'extérieur, l'intervenant se retrouve en quelque sorte sur le territoire de « la rue », de la vie quotidienne d'une grande partie des utilisateurs.

Cela dégrade également la convivialité de l'espace d'accueil : les effets stimulants du tabac limitent l'état de somnolence de certaines personnes, notamment celles qui sont en traitement méthadone, et favorisent les échanges, supports de diffusion des informations de RDR auprès des usagers et sources d'information sur les usages pour les intervenants. Si cela apporte un peu de calme quand il y a trop de monde – et de bruit - dans la structure, le fait que régulièrement des personnes sortent pour fumer 'casse' la sociabilité de l'accueil qui représente une source de valorisation et de bien être.

Enfin, cela altère la qualité de l'accueil des personnes qui vivent dans la rue. Les structures sont pour elles des lieux où reconstituer ses forces physiques et psychologiques, soustraire leur corps aux agressions climatiques et sortir de leur isolement. Leur imposer de sortir pour fumer une cigarette paraît absurde au regard de leurs besoins de se reposer, de s'abriter, de recevoir de la chaleur humaine, et de leurs difficultés sanitaires et sociales face auxquelles la consommation de tabac est de bien faible importance.

- La question de la réduction des risques auprès des plus jeunes utilisateurs et de leur prise en charge

Le rajeunissement des participants dans l'espace festif pose la question du discours de l'intervenant de RDR. Ceci est d'autant plus compliqué qu'entre des jeunes 'sans problème' en situation d'insertion sociale (lycéens, ou plus rare, collégiens) ayant un usage occasionnel ou ne consommant pas, et des jeunes errants ayant une consommation régulière des produits accueillis, qui sont dans la défiance et le rejet des institutions et de toute aide, le discours ne peut être le même. Dans les interventions en espace festif, ces plus jeunes ont souvent tendance à fuir le stand, à rire quant au contenu des flyers ou à se rendre inaccessible au discours des intervenants. Ces attitudes sont déstabilisantes pour les intervenants de réduction des risques et posent la question de comment aborder le sujet des consommations de produits illicites, d'autant que ces plus jeunes n'ont pas toujours initié d'autres consommations que celles du cannabis et de l'alcool.

Un intervenant souligne également un obstacle majeur et un facteur discriminant dans l'accès aux soins et à un hébergement pour les jeunes errants accompagnés d'un chien. Ils sont refusés dans les structures qui manquent de dispositions d'accueil des animaux et où les professionnels sont souvent peu tolérants. Si sa présence est mieux acceptée lorsque le chien est petit, leurs maîtres craignent de se le faire voler. Or, pour ces jeunes en particulier, en situation de rupture familiale, leur chien est à la fois un compagnon au sens propre, une ressource affective forte, et un protecteur face aux risques d'agression, de vol et de viol. Il leur donc difficile de s'en séparer de crainte de le perdre.

⁹⁵ Remarquons que dans le cadre de l'espace festif, une distinction se fait également entre l'espace du chill-out où l'intervenant a une certaine autorité symbolique et le hors espace du chill out, dans lequel il est plus dans une relation de statu quo.

Le directeur du CSST de Gap pointe une autre difficulté liée à la mobilisation des différents acteurs éducatifs, qui vient se greffer sur les logiques adolescentes d'opposition au discours de l'adulte et d'identification à des personnes représentant l'opposé de ce discours. Il donne ainsi l'exemple d'une jeune fille de 17 ans qui s'identifiait fortement à la figure de la jeune fille dans la chanson « la Rue » de l'artiste Kenny Arkana. D'abord suivie en consultation cannabis, puis par un psychologue du Conseil Général ; suite à un vol, elle est envoyée en internat à 200 km de chez elle d'où elle fugue. Sa poursuite de la consommation mais également des petits actes délictueux (vols, insultes à agent) ont pour effet un suivi par la juge pour enfant, puis par la PJJ. Le directeur analyse ici un engrenage en *feed back* où la complexification de la prise en charge induit une surenchère des prises de risque de la part de l'adolescente comme autant de mises en scène de soi face aux adultes (délits de plus en plus graves, consommation de produits de plus en plus risquée) provoquant en retour cette amplification de la prise en charge. Jusqu'au soir où ivre, un stagiaire du CSST la ramène chez son père, où elle décède quelques heures après d'un mélange d'alcool en quantité importante et de produits de substitution. Il évoque le décès d'un jeune homme trois ans auparavant dans des circonstances similaires de prises en charge et de prises de risques.

Ces trois types de publics jeunes (jeunes du milieu festif, jeunes errants, jeunes multipliant les mises en scène de soi délinquantes) posent la question de comment faire et faut il faire de la RDR avec des jeunes qui n'ont pas encore une morphologie et une psychologie d'adulte, plus mature, mais sont déjà dans l'usage de produits psychoactifs illicites ?

- **L'importance grandissante des tâches scripturales au détriment du travail d'accompagnement des personnes**

Dans un contexte de dégradation de la situation socio économique, un professionnel du soin exprime son incompréhension quant au sens et à l'utilité de répondre à un nombre exponentiel d'enquêtes et d'évaluations alors que l'état de santé psychologique des personnes se dégrade : anxiété, dépression, décompensations.... Le temps passé à écrire des documents et à répondre aux enquêtes se fait au détriment de la proximité et du travail d'accompagnement et de prise en charge des personnes.

Annexe 3. Lexique

Ce lexique est extrait du rapport Trend *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006*, www.ofdt.fr. Quelques ajouts ou modifications ont été introduits ; ils sont signalés par un astérisque en fin de phrase.

Amphétamines, amphétaminiques

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

Ayahuasca

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

Benzodiazépines (BZD)

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

Buprénorphine haut dosage (BHD) / Subutex®

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

Cannabis

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

Caarud

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

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

Structures d'accueil pour les usagers de drogues, dites de « bas seuil », c'est-à-dire qu'elles appliquent des critères d'admission à faible niveau d'exigence. Elles offrent des prestations à des usagers de drogues qui ne souhaitent ou ne peuvent pas (ou pas encore*) suivre une prise en charge classique – ou estiment ne pas en avoir besoin*. Elles assurent également des activités liées à la promotion de la santé et à la réduction des dommages : par exemples des boutiques, des programmes d'échanges de seringues, des ateliers nutrition...

En offrant un lieu de sociabilité et d'écoute par le biais des animateurs de prévention et en officiant comme passerelle vers le système de soins et d'insertion sociale – d'où leur nom de « première ligne », elles complètent le dispositif de prise en charge classique*.

Champignons hallucinogènes

Champignons contenant des substances hallucinogènes. Ils induisent des distorsions des perceptions sensorielles, voire des hallucinations. Il existe de nombreuses espèces, certaines proviennent de l'étranger (Hawaï, Colombie, Mexique...), d'autres poussent en France. Ils sont presque exclusivement utilisés par voie orale soit tel quel, soit au sein d'une préparation culinaire. Les champignons les plus consommés en France sont les psilocybes. Ils n'induisent pas de dépendance. Les genres stropharia, conocybe et psilocybe sont classés comme produits stupéfiants.

Cocaïne

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

Codéine

Médicament opiacé, dérivé synthétique de la morphine et utilisé comme analgésique soit seul (Dicodin®, Codenfan®) soit combiné à d'autres molécules (exemple : Codoliprane®), ou contre la toux à doses très faibles (exemple : Néo-Codion®). Les comprimés sont avalés, parfois injectés. En cas d'injection, l'action pharmacologique de la codéine et ses effets sont comparables à ceux de la morphine ; administrée par voie orale, elle développe une action analgésique environ dix fois plus faible. L'accès possible à plusieurs de ces médicaments sans prescription a permis à certains héroïnomanes, surtout avant l'accès aux traitements de substitution, de les utiliser comme substitut à l'héroïne (mais cela nécessitait des quantités très importantes). Utilisée principalement par voie orale, elle permet aussi de suivre un traitement de substitution hors du cadre médical, jugé trop contraignant par certains usagers*. La codéine est classée comme stupéfiant en France.

Crack

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

Datura (*Datura stramonium*)

Plus connue en Europe sous l'appellation « herbe au diable » les feuilles de cette plante sont utilisées en infusion ou fumées pour leurs propriétés hallucinogènes. Les espèces de datura stramonium sont répandues sur tous les continents. Cette plante a longtemps été utilisée comme médicament, notamment contre l'asthme (sous forme de cigarettes) mais son utilisation pharmaceutique est interdite depuis 1992. C'est une plante rarement utilisée en dehors de certaines ethnies d'Amérique, du fait notamment du risque létal en cas de surdose*.

Descente

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

Ecstasy

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

Free-party

Fêtes organisées le plus souvent sans autorisation des pouvoirs publics et qui durent généralement une nuit et une demi journée. Elles se déroulent le plus souvent à l'extérieur dans un coin de nature, quelles que soient les conditions climatiques, ou sur des sites industriels abandonnés. Ces manifestations réunissent le plus souvent deux cents à deux mille personnes. L'entrée est gratuite ou sur donation. Les compositions musicales les plus

diffusées et appréciées sont le Hardcore, la Hard-teck, la Tribe, la Drum'n bass et plus rarement du punk rock et du ragga*.

Hallucinogène (ou psychodisleptique)

Substance psychoactive induisant des distorsions des perceptions. Celles-ci peuvent être visuelles, auditives, spatiales, temporelles ou concerner la perception que l'individu a de son propre corps. La plupart des hallucinogènes sont des végétaux ou des alcaloïdes extraits de ceux-ci et, plus rarement, des produits obtenus par synthèse chimique. On distingue : les phényléthylamines (mescaline, ecstasy à forte dose), les dérivés indoliques (DMT, psilocybine, ayahuasca, LSD) ou d'autres hallucinogènes à structures diverses : sauge divinatoire, cannabis, poppers, kétamine. L'alcool est souvent classé dans ce groupe. Les hallucinogènes n'entraînent ni dépendance, ni tolérance.

Héroïne

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

Iboga

L'iboga est une préparation à base de racines d'un arbuste des forêts équatoriales d'Afrique de l'ouest, Tabernanthe iboga. Elle est utilisée dans le rituel Bwiti par certaines tribus africaines*. Son principal principe actif est l'ibogaïne. Celle-ci a une demie vie de 7,5 heures et une durée d'action pouvant atteindre 48 heures. Utilisée pour ses propriétés hallucinogènes, elle provoque des nausées, des vomissements intenses potentiellement graves, une hypotension et des troubles du rythme cardiaque pouvant conduire à l'arrêt cardiaque, une dépression respiratoire, une hyper ou une hypothermie. Psychostimulante, elle est à l'origine d'agitation, de tremblement, d'incoordination des mouvements parfois de convulsions. La notion du temps peut être perturbée ; un état de somnolence, une ébriété ainsi que des états comateux sont également rapportés. A dose plus élevée, des hallucinations visuelles et auditives peuvent survenir ainsi qu'un sentiment de dépersonnalisation. Son usage est très marginal en France. Il vise la réalisation de traitement psychothérapeutique « express » ou de sevrages radicaux chez les personnes dépendantes à un produit. L'iboga est classé comme stupéfiant en France depuis 2007, suite à un décès survenu dans ce cadre*.

Kétamine

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

Kratom

Le Kratom (*Mitragyna Spéciosa*) est un arbre du Sud-ouest de l'Asie. Il contiendrait plus de 25 alcaloïdes différents dont la mitragynine, alcaloïde qui agit dans le cerveau comme un récepteur opiacé agoniste. Les feuilles fraîches sont mâchées (comme les feuilles de coca) par les paysans et ouvriers qui en obtiennent une sensation d'énergie. Ses effets décrits sont de fait proches de l'opium. Il est d'ailleurs utilisé par les habitants de ces régions en substitution de l'héroïne et de l'opium quand ils se font rares. D'autres effets sont décrits quant à l'amélioration de performances sexuelles. C'est une substance à consommation réglementée en Australie, Thaïlande, Birmanie et Malaisie. Une consommation régulière et importante pourrait entraîner une accoutumance.

LSD (acide lysergique)

Hallucinogène synthétique, le LSD se présente le plus souvent sous forme de buvard destiné à être avalé. Plus rarement, on le trouve sous forme de micropointes ou de liquide (« gouttes »). Il a accompagné le mouvement psychédélique et la montée de la contre culture américaine des années 1960-1970. Ce produit n'entraîne ni dépendance, ni tolérance. Le LSD est classé comme stupéfiant en France.

MDMA Ou Méthylène-dioxy-3,4-méthamphétamine

Principe actif de l'ecstasy, il s'agit d'une molécule appartenant à la famille des amphétaminiques. Son usage s'est développé en Europe parallèlement à celui de la culture techno. Les dénominations sont variées, reprenant

souvent le logo ou la couleur du comprimé. Si la forme dominante est le comprimé, un développement de poudres supposées contenir de la MDMA a récemment été observé. La MDMA est avalée dans 9 cas sur 10, rarement fumée ou injectée. Les effets recherchés sont un renforcement de la résistance physique pour pouvoir faire la fête plus longtemps, une amplification des sensations induites par la musique et un effet empathogène. La MDMA est un produit sédatif à doses modérées et hallucinogène à fortes doses. Elle est classée comme stupéfiante en France.

Médicaments psychotropes

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

Mescaline

Principe actif du peyotl (*Echinocactus williamsii*) et d'autres plantes hallucinogènes, la mescaline provoque des distorsions de la perception visuelle, spatiale et temporelle. Ses effets sont qualitativement proches du LSD mais elle est moins puissante, les quantités nécessaires à l'induction des effets étant bien plus élevées*. Comme avec d'autres hallucinogènes, sa consommation peut occasionner crises de panique, angoisse, paranoïa et autres troubles psychiatriques, de manière plus ou moins durable. Classée comme stupéfiante.

Méthadone

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

Méthamphétamine

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

Morphine (sulfate de)

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

Opium

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

Polyconsommation

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

Programme d'échange de seringues (PES)

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

Psychoactif (produit ou substance)

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

Rachacha

Résidu d'opium obtenu par transformation artisanale du pavot. Cet opiacé se présente sous forme de pâte molle de couleur marron ou rouge qui peut être fumée (voie pulmonaire) ou ingérée en décoction (voie orale). Ce produit est classé comme stupéfiant.

Rave party

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

Stimulants (ou psychoanaleptiques)

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

Stupéfiants (produits ou substances)

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

Synthèse (drogue, ou produit ou substance)

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

Teknival

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

Traitement de substitution aux opiacés (TSO)

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