

# Marseille

<b>CONTRIBUTIONS .....</b>	<b>241</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>243</b>
<b>LES METHODES DE TRAVAIL UTILISEES .....</b>	<b>245</b>
<b>SYNTHESE 2002 DU SITE .....</b>	<b>249</b>
<b>PHENOMENES EMERGENTS 2002 .....</b>	<b>251</b>
CARACTERISTIQUES DES USAGERS .....	251
LES PRODUITS .....	263
<i>L'usage d'opiacés .....</i>	<i>263</i>
<i>L'usage de produits stimulants.....</i>	<i>269</i>
<i>L'usage de produits hallucinogènes .....</i>	<i>274</i>
<i>L'usage de médicaments psychotropes .....</i>	<i>276</i>

# Contributions

---

## Responsable de l'étude et rédaction du rapport

Marie Jauffret-Roustide (*Observatoire Régional d'Épidémiologie – Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Société*)

## Coordination scientifique du projet

Marie Jauffret-Roustide (*OREP – CESAMES*)  
Pr Xavier Thirion (*Laboratoire de Santé Publique*)

## Partenaires associés à TREND

Observatoire Régional d'Épidémiologie  
Laboratoire de Santé Publique  
Centre d'Information et de Ressources sur les Drogues et les Dépendances

Asud  
Aides-Equipe de proximité  
Sleep-in – SOS Drogue International  
Autres Regards  
Médecins du Monde  
Mission Rave-Mutualité Française de Nice  
CSST-Ampta  
Transit-Ampta  
Centre Danielle Casanova – SOS DI

## Enquêteur TREND

Mission Rave-Mutualité Française de Nice : Stéphane Akoka

## Recueil qualitatif

Sleep-in – SOS Drogue International : Pierre Prual, Daniel Georges, Lakhdar Benchabane, Kader Chabbal  
Médecins du Monde : Didier Febvrel, Mansour Hamadi  
Mission Rave-Mutualité Française de Nice : Jérôme Reynaud, Stéphane Akoka  
Aides : Hervé Richaud, Patricia Crépin, Dalila Mekhalifa, Stéphanie Lombardo  
Asud : Sylvie Priez, Laurent Allbrand, Nasser Tachougaft

## Groupe focal sanitaire

Dr Joëlle Gourin (sleep-in – Autres Regards)  
Dr De Severac (Danielle Casanova)  
Dr Brigitte Roques (Ampta)  
Dr Gérard Corruble (DDASS 13)  
Dr Pierre Toubiana (Mission Sida-Toxicomanie)

## Documentation

Béatrice Bessou, Florence Chevallet, Anne Ferenczi (*CIRDD*)

**Comité de suivi TREND**

Marie Jauffret-Roustide (*OREP – CESAMES*)

Pr Jean-Louis San-Marco (*LSP*)

Bruno Tanche (*AMPTA*)

Pr Xavier Thirion (*LSP*)

Étienne Zurbach (*CIRDD*)

**Remerciements**

Dr Julien Emmanuelli (*Institut National de Veille Sanitaire*)

Marie-Thérèse Pacchioni (*OREP*)

Carine Saillard (*LSP*)

# Introduction

---

## PERENNISATION DU DISPOSITIF TREND EN 2002

Durant cette année 2002, nous avons travaillé avec neuf associations partenaires dans le souci d'améliorer la couverture géographique du site de Marseille et d'impliquer le plus grand nombre d'acteurs de terrain : Asud, Aides-équipe de rue, MDM, sleep-in, Mutualité Française-Mission réduction des risques, Transit (au premier semestre 2002, la Boutique ayant fermé courant 2002). En 2002, trois nouvelles structures ont été associées à TREND de manière informelle par la participation de leurs professionnels au groupe focal sanitaire : le Centre Danielle Casanova (Dr De Severac), le Centre de Soins de l'Ampta (Dr Roques) et Autres Regards (Dr Gourin).

## PROBLEMES INTERNES AUX STRUCTURES, BOULEVERSEMENTS LOCAUX

L'année 2002 a été une période de bouleversements locaux dans le champ de la toxicomanie et du sida. En milieu urbain, cette année a été particulièrement difficile pour les intervenants marseillais : « gel républicain » des subventions durant l'été 2002, fermeture de la Boutique Transit, inspection et réorganisation du lieu d'hébergement sleep-in menacé lui aussi de fermer à plusieurs reprises. Des changements de personnel sont également à noter, ce qui complexifie le travail de partenariat dans le cadre de TREND.

L'ensemble de ces difficultés a rendu plus difficile le recueil des données. Il nous semblait, en effet, inopportun d'insister pour faire accepter certains outils TREND auprès de certaines structures qui par ailleurs connaissaient des difficultés internes de personnel et/ou de financements.

L'année 2002 a également été compliquée pour l'observation de l'espace festif. La loi Vaillant/Mariani a contribué à modifier l'organisation de cet espace, les événements festifs importants se déplaçant le plus souvent vers l'Italie, le Portugal ou les pays de l'Est.

## PRECISIONS POUR LA LECTURE DU RAPPORT TREND

Les données TREND relatives aux consommations de produits psychoactifs présentées dans ce rapport sont obtenues essentiellement à partir de techniques qualitatives, elles sont principalement le reflet des observations des professionnels et des militants intervenant auprès d'usagers de drogues dans le cadre de la réduction des risques ou d'observations ethnographiques sur le terrain réalisées par la coordination TREND.

Ces données qualitatives portant sur le milieu urbain proviennent, toutefois, de sources diversifiées (huit structures de réduction des risques et/ou de prise en charge des toxicomanes). Ces données TREND ont été confrontées à des données quantitatives provenant d'autres dispositifs d'observation (InVS, Oppidum). Dans la majorité des cas, l'ensemble de ces sources qualitatives et quantitatives conclue aux mêmes tendances, mais dans d'autres cas, les sources divergent et les tendances sont plus complexes à repérer, ce que nous signalons dans ce rapport.

Précisons toutefois que pour le milieu urbain, toutes ces données ne nous renseignent que sur les populations « captées » par les structures de prise en charge et/ou de réduction des risques, nous ne disposons donc pas d'informations sur les populations dites cachées qui ne fréquentent pas ces lieux.

Les constats portant sur le milieu festif sont à prendre avec encore plus de précaution dans la mesure où les données ne proviennent que de deux sources (Mutualité française Mission Réduction des risques et Agoratek). Et nous ne disposons pas de données quantitatives provenant d'autres dispositifs d'observation qui pourraient nous permettre de les objectiver.

Les nombreuses citations présentes dans ce rapport sont issues des intervenants participant au dispositif de recueil TREND : intervenants des dispositifs bas-seuil, médecins exerçant dans des structures de soins et intervenants en milieu festif. Quelques citations sont des propos d'utilisateurs relatés par l'association Agoratek. Ces citations sont incluses afin d'illustrer certaines tendances, elles ne constituent pas les informations centrales du rapport qui proviennent du croisement de plusieurs sources qualitatives issues de TREND et quantitatives (Siamois, Oppidum, Étude Coquelicot-InVS).

# Les méthodes de travail utilisées

---

## OBSERVATIONS ETHNOGRAPHIQUES

En 2001, nous avons travaillé principalement en collaboration avec l'équipe de proximité de Aides pour l'observation ethnographique sur le site de Marseille. Cette année, d'un commun accord avec Aides, il a été décidé de ne pas poursuivre cette collaboration, trop contraignante pour l'équipe. Aides reste associé au dispositif dans le cadre du questionnaire qualitatif bas-seuil. Durant le premier semestre 2002, nous avons toutefois continué à accompagner les équipes de Aides sur leurs lieux d'intervention. D'autres observations ont été effectuées par la suite de manière plus autonome. Et les équipes ont été rencontrées régulièrement afin de faire le point sur l'évolution des usagers, des produits et des pratiques.

En 2002, des observations ethnographiques ont également eu lieu dans l'espace festif techno. Nous disposons déjà d'un nombre important d'informations sur l'espace urbain en raison de la collaboration de nombreux partenaires au dispositif TREND. Il nous semblait donc plus pertinent de concentrer le travail ethnographique sur le milieu festif pour lequel nous travaillons avec un nombre de partenaires plus restreint.

Stéphane Akoka, intervenant dans le cadre de la mission rave de la Mutualité Française est devenu enquêteur TREND en juin 2002. Ses interventions professionnelles intégrant l'ensemble de la région PACA, nous disposons donc d'informations portant sur un périmètre plus large que la ville de Marseille. Cette décision d'élargir l'espace festif à la région PACA nous semble plus adaptée car les usagers de drogues marseillais se déplacent dans l'ensemble de la région pour participer à des événements techno. Huit compte-rendus portant chacun sur plusieurs événements festifs ont été effectués durant l'année 2002. À ces données s'ajoutent les notes effectuées par Agoratek sur la région Languedoc-Roussillon et PACA.

## QUESTIONNAIRES QUALITATIFS NOVEMBRE 2002

En 2002, 5 questionnaires qualitatifs ont été réalisés, 4 pour l'espace urbain et 1 pour l'espace festif. Ils se répartissent de la manière suivante :

### ***Espace urbain***

- Sleep-in – SOS Drogue International
- Médecins Du Monde
- Équipe de rue - Aides
- Asud

### ***Espace festif***

- Mission rave -Mutualité Française de Nice

Pour améliorer le remplissage de ce questionnaire, cette année encore, les équipes – qui le souhaitent – ont été accompagnées durant plusieurs demi-journées. Même si cet accompagnement prend du temps, il améliore considérablement la mise en œuvre de cet outil. En effet, les équipes nous ont fait part de leurs difficultés à remplir seuls ce questionnaire les années précédentes, avant 2001.

Les questionnaires 2002 sont, toutefois, moins riches que ceux effectués en 2001, certainement parce que la première année faisait à la fois un état des lieux et des tendances récentes, alors que le questionnement 2002 était essentiellement centré sur les modifications observées par rapport à l'année précédente.

## GROUPES FOCaux

Le 26 septembre 2002, un groupe focal sanitaire a eu lieu à Marseille (un premier groupe avait été organisé en juin 2002, mais il avait dû être annulé faute de participants).

Ce groupe focal sanitaire organisé en collaboration avec Etienne Zurbac, chef de service du Cirrd réunissait Dr Joëlle Gourin (sleep-in), Dr De Severac (Danielle Casanova), Dr Brigitte Roques (Ampta), Dr Gérard Corruble (DDASS 13), Dr Pierre Toubiana (Mission Sida-Toxicomanie Ville de Marseille), Étienne Zurbac (Cirdd 13), Isabelle Robert (Cirdd 13), Marie Jauffret-Roustide (Orep-Cesames).

## ENQUETE QUANTITATIVE TRANSVERSALE

En 2002, la coordination a souhaité ne pas réaliser l'enquête quantitative sur Marseille. Comme cela avait déjà été évoqué en 2001, les équipes marseillaises sont très fréquemment sollicitées dans le cadre d'enquêtes quantitatives et préfèrent généralement être associées à des dispositifs d'enquête plus qualitatifs (comme le remplissage du questionnaire qualitatif qui est vécu par les équipes comme l'occasion de faire le point sur leurs pratiques, et les groupes focaux qui sont un moyen d'échanger avec des collègues d'autres dispositifs). Autre hésitation, la passation d'un questionnaire quantitatif peut être vécue comme venant modifier la relation thérapeutique. En effet, ces équipes s'efforcent d'être peu intrusives auprès des usagers et la passation d'un questionnaire standardisé les amènerait à aborder des thèmes d'ordre privé (questions relatives à la vie sociale et familiale, aux consommations de produits psychoactifs,...) qui sont rarement évoqués de manière systématique dans le cadre du travail. Enfin, les équipes sont réticentes à faire passer des questionnaires qui ne leur semblent pas toujours adaptés et pour lesquels elles n'ont pas été sollicitées dans la phase d'élaboration.

En 2002, l'enquête quantitative bas-seuil succédait de quelques semaines à l'enquête Coquelicot menée par l'InVS entre avril et juin 2002, enquête au cours de laquelle les intervenants locaux ont été fréquemment sollicités et associés tout au long du processus d'enquête (invitation à des comités de pilotage pour la préparation de l'étude, participation à l'élaboration du questionnaire Coquelicot, mobilisation de l'ensemble des structures marseillaises durant le recueil).

De plus, la période durant laquelle a été menée cette enquête quantitative transversale était particulièrement difficile pour les intervenants marseillais : « gel républicain » des subventions, fermeture de la Boutique Transit, inspection et réorganisation du lieu d'hébergement sleep-in menacé lui aussi de fermer à plusieurs reprises.

Il a donc été décidé de ne pas mener cette enquête durant cette période afin de ne pas trop solliciter les équipes dans un contexte politique délicat. De manière plus générale, il nous semble qu'au sein de la réunion des coordinateurs de TREND, une réflexion devrait être menée sur la multitude d'enquêtes quantitatives menées en même temps sur les grosses agglomérations et sur la nécessité d'associer plus étroitement les équipes à l'élaboration des questionnaires.

## SOURCES COMPLEMENTAIRES

Au-delà des outils qualitatifs propres à TREND, nous avons utilisé un certain nombre de données quantitatives issues de :

- l'Institut de Veille Sanitaire (Étude Coquelicot « sur les déterminants des pratiques à risque et la prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues » réalisée sur Marseille en 2002<sup>1</sup>, Dispositif SIAMOIS<sup>2</sup>),
- des Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et du Laboratoire de Santé Publique (Évolution des données oppidum sur Marseille de 1996 à 2001<sup>3</sup>),

Ces données quantitatives nous ont permis d'objectiver ou d'interroger un certain nombre des observations qualitatives issues de TREND.

## LES ESPACES ETUDIÉS

### *L'espace urbain*

Les espaces étudiés dans le cadre du dispositif TREND-Site de Marseille concernent essentiellement l'espace urbain, plus particulièrement le centre-ville de Marseille, et les lieux dans lesquels se situent les structures de réduction des risques et interviennent les équipes de rue. Dans une moindre mesure, d'autres lieux plus excentrés, comme les quartiers nord ont également été investigués grâce à la présence d'intervenants de proximité dans ces espaces.

En 2002, la couverture spatiale du dispositif TREND reste partielle tout particulièrement pour l'espace urbain. En effet, les observations portent principalement sur les usagers de drogues fréquentant les dispositifs bas-seuil ou rencontrés dans la rue, c'est-à-dire sur les usagers les plus précaires. Certains quartiers (quartiers sud de Marseille) et certaines populations (les usagers plus insérés socialement) ne font donc pas partie de notre recueil de données. Cet élément est à prendre en considération pour la lecture de ce rapport qui ne prétend en aucune manière donner des éléments sur l'ensemble des usagers de drogues sur Marseille, mais uniquement sur une population d'usagers plutôt précarisée socialement et en contact avec le dispositif de réduction des risques.

---

<sup>1</sup> L'étude Coquelicot a pour thème « Les déterminants des pratiques à risque, et la prévalence du VIH et du VHC chez les usagers de drogues ». Elle a été menée à Marseille en 2002 (dans le cadre de la phase de faisabilité) sous la co-responsabilité scientifique de Julien Emmanuelli et de Marie Jauffret-Roustide (InVS) en collaboration avec l'Ined, avec un financement de l'Anrs. Elle porte sur 166 usagers de drogues recrutés dans l'ensemble des dispositifs spécialisés pour toxicomanes et chez les médecins généralistes de ville. Son originalité principale réside dans l'utilisation de prélèvements de sang capillaire afin de comparer les prévalences déclarées et biologiques pour le VIH et le VHC. À partir de 2003-2004, l'InVS étend cette étude à plusieurs sites : Lille, Strasbourg Paris, Banlieue, Bordeaux, Marseille.

<sup>2</sup> Nous remercions le Dr Julien Emmanuelli (InVS) qui a mis à notre disposition l'évolution des données Siamois marseillaises (2000-2002).

<sup>3</sup> Nous remercions Carine Saillard et le Pr Xavier Thirion (LSP) qui ont mis à notre disposition l'évolution des données Oppidum marseillaises (1996-2001).

### *L'espace festif*

Pour l'espace festif, la ville de Marseille ne constitue plus l'espace pertinent dans la mesure où ces fêtes se déroulent souvent en dehors des villes. Les lieux d'observation sont plus vastes et se superposent aux différents événements festifs techno ayant eu lieu dans la région PACA en 2002. Ainsi, l'équipe de la Mutualité Française de Nice a été sollicitée à double titre, pour répondre au questionnaire qualitatif espace festif et pour effectuer des observations ethnographiques durant l'année.

Sur Marseille, les espaces festifs du centre-ville ont également été des lieux d'observations, comme les bars et les boîtes ainsi que certaines fêtes de quartier.

# Synthèse 2002 du site

---

## CONSOMMATIONS EMERGENTES

### *Dans l'espace urbain*

En 2002, des tendances repérées en 2001 semblent se poursuivre voire s'accroître avec parfois quelques modifications :

- Baisse de la consommation d'héroïne liée à la mise à disposition des traitements de substitution. En 2002, il semblerait que se dessine un retour des anciens héroïnomanes vers ce produit, l'héroïne n'étant plus le produit principalement consommé, mais en tant qu'« extras » dans le cadre d'un traitement de substitution.
- Poursuite de la diffusion du Subutex®, fréquence des injections qui induisent une dégradation de l'état veineux des usagers, et dévalorisation de l'image de ce traitement de substitution.
- Poursuite de la diffusion des benzodiazépines
- Élargissement de la consommation de cocaïne à des milieux sociaux plus populaires.
- Poursuite de l'augmentation des poly-usages massifs avec alcoolisation des usagers et plus particulièrement de ceux en situation de grande précarité sociale.

En 2002, certains phénomènes sont relativement nouveaux :

- La consommation du Rohypnol® a fortement diminué en lien avec les modifications des modalités de prescription, ce qui a pour conséquence un report important des usagers vers d'autres médicaments tels que l'Artane® et le Rivotril®.

Une tendance évoquée en 2001 n'est pas totalement confirmée en 2002 :

- En 2001, la consommation des produits de synthèse et en particulier du MDMA en dehors de l'usage festif était présentée comme l'une des tendances fortes. En 2002, elle n'apparaît plus dans les sources qualitatives TREND. Toutefois, dans l'étude Coquelicot (InVS), la consommation de MDMA est évoquée par 11 % des usagers dans le dernier mois<sup>4</sup> sans précision sur le contexte d'usage (dans ou hors d'un cadre festif).
- Certains intervenants parlent d'une disparition du LSD dans l'espace urbain alors que ce produit avait connu une vague de consommation durant l'été 2000. Dans l'étude Coquelicot, 4 % des usagers déclarent avoir consommé du LSD dans le dernier mois sans précision sur le contexte d'usage (dans ou hors d'un cadre festif).

### *Dans l'espace festif*

En 2002, dans l'espace festif, les événements les plus marquants seraient les suivants :

- L'augmentation voire la « banalisation » de l'usage d'ecstasy
- La diffusion et l'amélioration de l'image de l'héroïne en milieu festif par le recours à la voie nasale et le changement de dénomination de la substance en « rabla ».
- La poursuite du développement de la cocaïne et son association avec l'ecstasy
  - Le développement de l'usage d'**amphétamines/speed** qui **devient un produit à part entière**, recherché pour ses propres effets et non comme une forme de substitution en cas de pénurie d'ecstasy.
  - La « démocratisation » relative de l'usage de **kétamine** (en lien avec la **moindre disponibilité du LSD**) et l'apparition d'**usages « contrôlés »** de ce produit.
  - La diminution voire la quasi disparition de produits évoqués en 2001 : LSD, champignons hallucinogènes, Opium/rachacha, Datura, Salvia Divinorum, Ice et Yaba.

---

<sup>4</sup> À titre de comparaison, 11% des usagers interrogés dans Coquelicot déclarent avoir consommé de l'héroïne dans le dernier mois, et 18% de la cocaïne.

## NOUVELLES POPULATIONS D'USAGERS ?

### *Dans l'espace urbain*

En 2002, des tendances repérées en 2001 semblent s'accroître :

- La « démocratisation » de la consommation de cocaïne a pour conséquence une plus grande diversité des consommateurs alors que ce produit a longtemps été réservé aux couches sociales les plus favorisées.
- Et l'héroïne continue à suivre le processus inverse et à concerner un public de plus en plus restreint et spécifique.

En 2002, deux types de populations semblent véritablement émerger :

- Les **primo-consommateurs de Subutex®** semblent être un phénomène qui prend de l'importance : de jeunes usagers âgés de 18 à 25 ans entreraient dans la toxicomanie<sup>5</sup> par le biais d'un traitement de Subutex® prescrit par leur médecin généraliste et dans certains cas, la prescription initiale s'effectuerait en prison et se poursuivrait à la sortie.
- Une population d'**usagers venant des pays de l'Est** a été fréquemment mentionnée. Ces usagers sont rencontrés dans les programmes méthadone dits à bas-seuil et les lieux d'hébergement comme le sleep-in. En raison de la barrière de la langue, les intervenants disposent de peu d'informations sur leurs consommations de produits psychoactifs. Il semblerait que ces usagers soient plutôt amateurs d'opiacés et d'amphétamines consommés par voie injectable.

#### *2) Dans l'espace festif techno*

- En 2001, une distinction franche existait entre les milieux festifs autorisés et les espaces plus underground. En 2002, le monde underground techno tendrait à investir de nouveaux espaces tels que les boîtes de nuit et les fêtes étudiantes, ce qui aurait pour conséquence une importation des produits et des pratiques qui leur sont associées vers de nouveaux lieux et donc de nouvelles populations.
- Ainsi, des produits comme la kétamine autrefois réservés à des populations très marginalisées commenceraient à se « diffuser » progressivement dans le **milieu étudiant**.

## LES MODES D'ADMINISTRATION DES PRODUITS

En 2001, avait été signalée une augmentation du recours à la voie nasale et au mode pulmonaire corrélés à la diminution de l'injection. En 2002, cette évolution des modes d'administration des produits n'est plus signalée. Ce silence ne signifie pas pour autant un arrêt de ce processus, il peut simplement révéler que les intervenants se sont familiarisés avec cette évolution et la perçoivent comme moins spectaculaire qu'en 2001. Les données quantitatives du dispositif Siamois confirment, en effet, la diminution de la vente des seringues en pharmacie, baisse initiée en 2000. Sur Marseille, sur les trois dernières années, la baisse globale atteint 63 %.

---

<sup>5</sup> Même s'il reste toujours difficile de dater l'entrée dans la toxicomanie, des consommations d'alcool, de cannabis ou de médicaments pouvant pré-exister. Toutefois, sont qualifiés ici de primo-consommateurs de Subutex® des populations n'ayant pas de dépendance aux opiacés avant l'initiation du traitement de Subutex®. Une étude qualitative sur les primo-consommateurs de Subutex® financée par l'OFDT et menée par Serge Escots (coordinateur TREND sur le site de Toulouse) est en cours et devrait pouvoir permettre d'affiner cette question. Le site de Marseille a participé à cette étude.

# Phénomènes émergents 2002

---

## CARACTERISTIQUES DES USAGERS

Les caractéristiques des usagers de drogues sont extrêmement diversifiées suivant les produits et l'intensité de l'usage (usage, abus, dépendance), il est donc impossible de décrire l'ensemble des usagers de drogues. Les usagers dont nous parlons dans ce rapport sont des usagers de drogues « dits à problème », qui fréquentent les dispositifs spécialisés et plus particulièrement les structures dites à bas-seuil.

En 2002, dans l'espace urbain, certaines populations d'usagers ressortent plus particulièrement :

- Une population d'**usagers venant des pays de l'Est**<sup>6</sup>, dont les préférences iraient vers les opiacés et les amphétamines consommées par voie injectable. Cette population est certes visible, mais elle représente une minorité chez les usagers marseillais. Ses pratiques spécifiques pourraient toutefois influencer sur les tendances en matière de produits et de pratiques dans les prochaines années.

- Des **primo-consommateurs de Subutex®** avec des initiations de traitement en prison et des poursuites de consommation à la sortie. En 2001, des jeunes usagers de Subutex® (âgés de 18 à 25 ans qui entreraient dans la toxicomanie par le biais d'un traitement de Subutex® prescrit par leur médecin généraliste) avaient été signalés. Cette tendance semble s'être accentuée en 2002 et peut certainement être validée.

Dans l'espace festif<sup>7</sup>, en 2002, aucune population spécifique n'est évoquée, en revanche, un processus de convergence entre les différents espaces festifs est mis en avant. En effet, en 2001, un clivage existait entre les événements festifs autorisés (raves payantes, bars, discothèques) et les événements festifs non autorisés (free-parties, teknivals). Chacun de ces espaces drainait des populations et des pratiques spécifiques. En 2002, il semblerait que ce clivage soit moins apparent et que ces deux populations autrefois distinctes se « mélangent » avec pour conséquence une diffusion de produits et de pratiques autrefois réservés à un public plus marginalisé dans le reste de la population.

## LES CONSOMMATIONS DE PRODUITS PSYCHOACTIFS

### \* Données TREND

En 2002, dans l'espace urbain, les tendances repérées par les outils TREND sont les suivantes :

- Une **baisse du Rohypnol®** liée à la modification des modalités de prescription de Rohypnol® avec pour conséquence **une augmentation des consommations de Rivotril® et une poursuite des consommations d'Artane®** (apparu comme un des phénomènes émergents les plus significatifs en 2001).
- Des pratiques de détournement du **Subutex®** se poursuivent (augmentation des doses, injection, revente)
- Une démocratisation de la consommation de **cocaïne**, ce produit n'est plus réservé à des milieux socialement favorisés.

---

<sup>6</sup> Des intervenants soulignent que parmi ces populations venant des pays de l'Est, certains ne seraient pas des usagers de drogues lors de leur arrivée en France. La mise sous traitement de substitution pourrait être utilisée comme un moyen pour avoir accès aux lieux d'hébergement spécialisés. Cette affirmation nous semble à nuancer dans la mesure où la prise quotidienne d'un traitement méthadone nous semble « étonnante » chez un non usager.

<sup>7</sup> Les constats portant sur le milieu festif sont à prendre avec encore plus de précaution dans la mesure où les données ne proviennent que de deux sources (Mutualité française Mission Réduction des risques et Agoratek).

- Une poursuite de la diminution de l'héroïne
- Une accentuation des **poly-consommations médicamenteuses** associées à une alcoolisation massive.

*\* Données Coquelicot*

Les données Coquelicot (InVS) confirment l'importance de la consommation des produits de substitution, 44 % déclarent avoir consommé du Subutex® dans le dernier mois et 40 % de la méthadone, sans que soit précisé si cet usage avait lieu dans ou en dehors d'un protocole de substitution.

51 % déclarent avoir consommé des benzodiazépines (Rohypnol®, Temesta®, Tranxène®, Lexomil®, Rivotril®) dans le dernier mois. Et 27 % déclarent avoir consommé d'autres hypnotiques.

Ces données confirment également la diminution de la consommation d'héroïne puisque seulement 11 % des usagers déclarent avoir consommé ce produit dans le dernier mois.

En revanche, la tendance à l'« inondation » du marché par la cocaïne n'est pas visible. Ce produit est présent, mais il est mentionné par 18 % des usagers dans le dernier mois.

Il en est de même pour la présence de l'Artane® qui n'est mentionnée que par 7 % des usagers de drogues dans le dernier mois.

**Tableau des consommations déclarées dans le dernier mois – Étude Coquelicot – InVS**

Dans le dernier mois	T. Voies	
	Nb	%
Héroïne	19	11 %
Subutex®	73	44 %
Méthadone®	67	40 %
Moscontin® ou Skenan	8	5 %
Cocaïne	30	18 %
Crack (free-base)	5	3 %
Amphétamines	10	6 %
MDMA, Ecstasy	19	11 %
Autres médicaments (Artane)	11	7 %
Benzodiazépines	85	51 %
Autres hypnotiques	45	27 %
LSD	6	4 %
Autres hallucinogènes	26	16 %
Néo-codion®	14	8 %

Les données Coquelicot (InVS) confirment l'importance des pratiques de polyconsommation.

70 % des usagers déclarant avoir consommé des drogues dans le dernier mois sont polyconsommateurs, avec un nombre moyen de produits consommés dans le dernier mois de 2,6.

**Tableau sur les associations de produits dans le dernier mois – Étude Coquelicot InVS**

<b>Consommation de produits dans le dernier mois</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Aucun produit	8	5 %
1 produit	42	25 %
2 produits	46	29 %
3 produits	37	22,3 %
4 produits et plus	31	18,7 %

Les associations les plus fréquentes repérées par Coquelicot (InVS) sont les suivantes :

- Dans le dernier mois, les usagers d'héroïne ont également consommé de la méthadone, du Subutex®, des benzodiazépines ou de la cocaïne pour la moitié d'entre eux (10/19). Par ailleurs, il existe également une association significative entre la consommation d'héroïne et d'amphétamines (plus d'un quart des usagers d'héroïne ont également consommé des amphétamines).
- Durant la même période, les usagers de cocaïne ont également consommé des benzodiazépines et du Subutex® pour 63 % (19/30) d'entre eux et de la Méthadone ou de la MDMA pour 30 %.
- Concernant les personnes consommant des produits de substitution, 55 % des usagers sous Subutex® (40/73) et 54 % des usagers sous méthadone (36/67) disent avoir également consommé des benzodiazépines.

Dans l'étude Coquelicot (InVS), 20,5 % des répondants déclarent consommer de l'alcool tous les jours, avec une moyenne de 9 verres par jour, et 42 % de une à plusieurs fois par semaine avec une moyenne de 6,3 verres à chaque moment de consommation. L'alcool est toujours ou souvent consommé en association avec d'autres produits chez 20 % (33/166) des répondants (dont 48,5 % sont des buveurs quotidiens) à hauteur de 6 verres en moyenne par prise. Les produits le plus souvent associés sont les benzodiazépines (66 %, 22/33), la méthadone (42,4 %, 19/33), les hypnotiques (36,4 %, 12/33) et le Subutex® (30 %, 10/33), tous étant des produits pour lesquels l'association avec l'alcool potentialise les risques de dépression respiratoire. Signalons également la prise de MDMA (27,3 %, 9/33) et d'hallucinogènes (21,2 %, 7/33).

*\* Données Oppidum<sup>8</sup>*

Les données Oppidum confirment l'importance des usagers sous Subutex®, ils sont 51 % à déclarer être consommateurs de buprénorphine en 2001.

Ces données confirment également la tendance à l'augmentation des polyconsommations puisqu'en 2001, 61 % des usagers déclarent être polyconsommateurs alors qu'en 1996, ils étaient 47 %, le nombre moyen de substances consommées étant passé de 1,8 en moyenne en 1996 à 2,1 en moyenne en 2001.

La dépendance alcoolique est également à la hausse, de 15 % en 1996 à 26 % en 2001.  
Et l'héroïne poursuit sa baisse, de 35 % en 1996 à 5 % en 2001.

À l'instar des données Coquelicot, l'importance de la cocaïne n'est pas confirmée puisqu'elle ne concerne que 16 % des usagers en 2001. Ce produit est toutefois en augmentation puisqu'il ne concernait que 6 % des usagers en 1996.

<sup>8</sup> Pour les données Oppidum, nous ne disposons pas des données 2002. Toutefois, nous avons travaillé sur l'évolution des données entre 1996 et 2001 qui nous renseignent sur les tendances sur Marseille.

## LES MODALITES D'USAGE DES PRODUITS

### *Données TREND*

En 2001, une tendance à la diminution de l'injection au profit majoritairement de la voie nasale et de manière émergente de la voie fumée avait été relevée. En 2002, les intervenants et les usagers interrogés à ce sujet ont relativement peu évoqué cette question. Il est difficile de savoir s'il s'agit d'une reprise de l'injection ou tout simplement d'une poursuite du phénomène de diminution de l'injection, très visible la première année (2001) donc plus spectaculaire et passé sous silence en 2002 car le public s'y est habitué.

### *Données Siamois (InVS)*

Au niveau national, les dernières données du dispositif Siamois<sup>9</sup> mettent en évidence une diminution importante et surtout brutale des ventes de seringues en pharmacie. Initiée en 2000, cette baisse de - 19 % du nombre de seringues vendues en pharmacie se poursuit avec une nouvelle baisse de - 22 % en 2001 et de - 8 % en 2002. Sur les trois dernières années, la baisse de la vente des seringues atteint - 42 %.

Sur Marseille, cette diminution est globalement plus importante, - 57 % en 2000, - 10 % en 2001 et - 4 % en 2002. Sur les trois dernières années, la baisse de la vente des seringues atteint - 63 % sur Marseille.

Parallèlement à cette diminution de la vente des seringues, le dispositif Siamois constate une augmentation du nombre d'usagers en traitement de substitution (méthadone et Subutex®). Au niveau national, le taux de croissance de la substitution est de 6 % en 2000, 10 % en 2001 et 9 % en 2002, ce qui constitue une croissance globale de 28 % sur les trois dernières années.

Encore une fois, cette augmentation est plus forte sur Marseille, 23 % en 2000, 9 % en 2001 et 6 % en 2002, soit une augmentation globale de 43 % sur les trois dernières années.

### *Données Oppidum*

Les données Oppidum confirment cette diminution des pratiques d'injection, 35 % des usagers déclaraient être injecteurs en 1996 et ils ne sont que 11 % en 2001.

### *Données Coquelicot (InVS)*

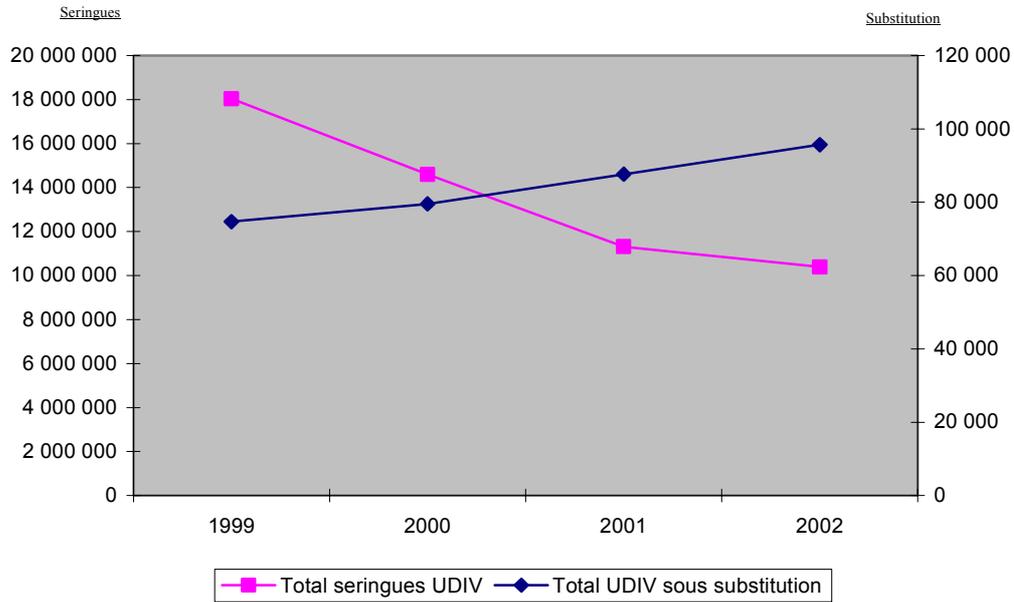
En 2002, dans l'étude Coquelicot (InVS), 21,7 % des usagers se considèrent comme des injecteurs actifs au moment de l'étude, même si 28 % d'entre eux déclarent ne pas s'être injecté de produits dans le mois précédant le recueil des données. Ils sont 60 % à s'injecter au moins une fois par semaine et ils utilisent en moyenne 9 seringues par semaine.

24,7 % des usagers se considèrent comme des snifeurs actifs au moment de l'étude, même si 31 % d'entre eux disent ne pas avoir snifé de produits dans le mois précédant le recueil.

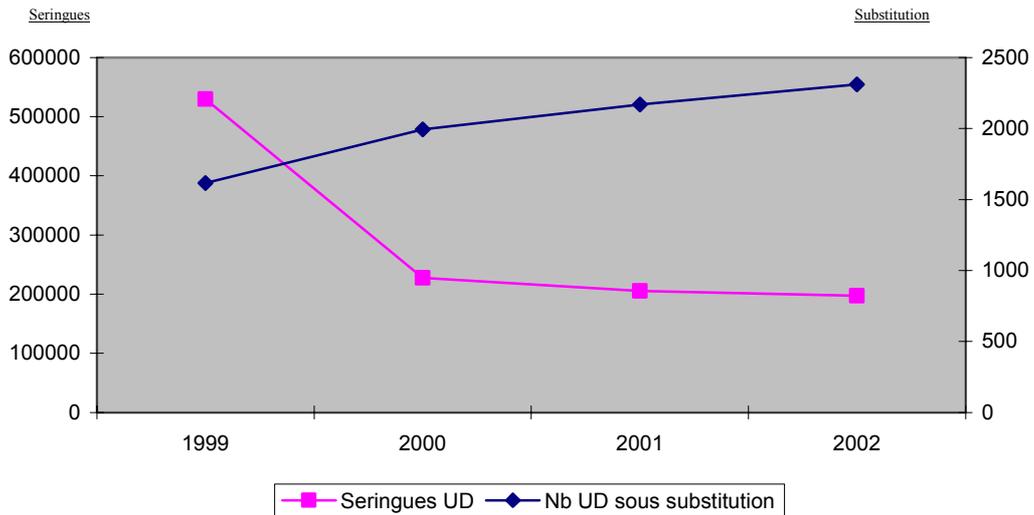
---

<sup>9</sup> Dispositif SIAMOIS (Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officinal d'injection et de Substitution) géré par Julien Emmanuelli – Institut de Veille Sanitaire.

Evolution nationale de l'accès aux seringues et du nombre d'UD sous substitution entre 1995 et 2002 - Siamois InVS



Evolution sur Marseille de l'accès aux seringues et du nombre d'UD sous substitution entre 1995 et 2002 - Siamois InVS



En 2001, plusieurs indicateurs locaux et nationaux laissaient percevoir une diminution des pratiques d'injection, évolution autour de laquelle nous avons émis les hypothèses suivantes : une diminution de l'injection chez les anciens héroïnomanes, et en particulier l'abandon de l'injection en raison de la détérioration de l'état veineux ; une désaffection vis-à-vis de la voie intraveineuse chez les jeunes consommateurs, ou alors ; un phénomène plus préoccupant, la reprise des pratiques de partage du matériel d'injection. Ces hypothèses restent toujours d'actualité.

Comme en 2001, en 2002, l'injection reste une pratique stigmatisée, surtout chez les plus jeunes pour lesquels elle reste associée aux décès de proches, héroïnomanes injecteurs malades du sida. Toutefois, dans l'espace urbain, si la majorité de ces jeunes usagers démarrent leur consommation par la voie nasale, une partie d'entre eux passe rapidement à l'injection, le plus souvent pour des raisons économiques, l'utilisation de la voie injectable nécessitant moins de produit que les autres voies d'administration. Certains seraient initiés par la fréquentation d'usagers plus expérimentés, comme le note un intervenant spécialisé : *« Les jeunes sniffent plus, ils sniffent le Subutex®. Chez nous, c'est un peu particulier parce que très vite, ils font leur baptême de l'injection parce que les autres les initient très vite ou leur font l'injection et après ils y prennent goût (...) Les jeunes, il faut vite qu'ils passent chez nous et qu'ils s'en aillent (...) À partir du moment où on rassemble les gens, c'est le risque »*

Des intervenants spécialisés insistent sur la « **tradition** » de l'injection à Marseille, évoquant la persistance des pratiques d'injection par des motifs variés tels que la culture « *c'est lié à la culture* », l'habitude « *quand on a touché à l'injection, on ne peut plus s'en passer* », la dépendance au geste « *certains se font des trous ou des tirettes pendant des heures avec de l'eau* », le souci de ne pas perdre de produit « *À Marseille, le produit est précieux et les modes d'administration s'en ressentent. Il y a une peur du gaspillage qui est liée aux souvenirs des anciennes périodes d'abstinence qui n'existent plus aujourd'hui* »

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

Dans l'espace festif techno, en revanche, en 2002, l'injection serait une pratique plutôt rare et toujours stigmatisée.

## LES COMPORTEMENTS VIS-A-VIS DE LA REDUCTION DES RISQUES

- En 2002, la **rapidité de l'acte d'injection** a été fréquemment évoquée. Concernant le Subutex®, afin de gagner du temps, certains usagers mélangent directement dans la seringue, le cachet avec de l'eau tiède, ils secouent puis injectent directement cette préparation. La rapidité du geste peut être associée à la volonté de « ne pas se faire prendre » en train de se faire une injection.

Une volonté de consommer discrètement avait été évoquée en 2001 principalement pour les usagers résidents des « quartiers » qui venaient s'approvisionner et consommer en centre-ville afin de ne pas être identifiés comme toxicomanes sur leur lieu de vie. En 2002, cette discrétion semble toucher l'ensemble des usagers. Elle peut être mise en lien avec l'accentuation de la répression policière, liée à la période électorale des deux premiers trimestres 2002 et de la loi Sarkozy en fin d'année 2002.

- En 2001, l'utilisation de la **cocaïne** avait été décrite comme l'**un des facteurs des pratiques à risque** et en particulier pour le partage de seringues. En 2002, ce phénomène reste préoccupant. L'utilisation de cocaïne augmente le risque de partager la seringue en raison de la multiplication du nombre des injections, mais aussi de l'état d'« excitation » lié aux effets de la cocaïne.

## L'ETAT DE SANTE ET LES MANIFESTATIONS DE MORBIDITE

En 2002, une poursuite de la **détérioration de la santé des usagers de drogues** a été mentionnée par bon nombre d'intervenants des dispositifs de réduction des risques. Les problèmes sanitaires rencontrés par les usagers de drogues peuvent être liés aux produits, à leur mode d'administration, mais aussi à leur mode de vie.

Des dommages sanitaires évoqués en 2001 se poursuivent voire s'accroissent en 2002 :

- En 2002, sont toujours signalés des dommages sanitaires liés à l'injection du Subutex® tels que les **abcès**, quelques intervenants semblent toutefois remarquer une diminution de ce phénomène. Les abcès restent un problème sanitaire préoccupant dans la mesure où les usagers hésitent parfois à faire la démarche de les faire soigner, en raison de la « honte » liée à la pratique d'injection du Subutex®, pratique difficilement avouable auprès du personnel soignant. Autre conséquence de la fréquence des injections du Subutex®, mais aussi de la cocaïne, la **détérioration du capital veineux** des usagers est un phénomène toujours préoccupant sur Marseille. Comme le note un médecin spécialisé dans la prise en charge des toxicomanes : « *Le Subutex®, à chaque fois, ça fait une boullasse. On a des plaques de nécrose dans lesquelles les gens injectent sans arrêt. Le problème, c'est que les veines se durcissent et se thrombosent et le capital veineux s'enfuit à toute vitesse par rapport à la bonne vieille héroïne* ». Cette détérioration du capital veineux amène certains usagers à injecter dans tous les endroits qu'ils peuvent trouver, le cou, le sexe ou le front avaient été évoqués en 2001, en 2002, sont mentionnés également la peau, les tissus et les ulcères.

- Les **pathologies psychiatriques** sont toujours aussi fréquemment mentionnées sans qu'il soit facile de déterminer si elles préexistent ou succèdent à la consommation de substances psychoactives. De plus, aux effets des produits, s'ajoutent les effets de la précarisation croissante de la vie des usagers de drogues. En 2002, cette tendance est accentuée par l'augmentation de la consommation d'Artane® qui attire les usagers les plus fragiles psychologiquement et qui semble favoriser l'aggravation de leurs symptômes. Comme le fait remarquer un médecin spécialisé dans la prise en charge des toxicomanes : « *L'Artane® provoque une décompensation psychotique sur les terrains pathologiques. Il y a aussi la consommation de médicaments en général qui augmente les dépressions.* »

Dans le groupe focal sanitaire, la complexité de la prise en charge des problèmes psychiatriques chez les usagers de drogues a été mise en évidence, tant du côté des structures hospitalières qui ne souhaiteraient pas accueillir d'usagers de drogues « *Il y a vraiment une démission des hôpitaux psychiatriques qui est problématique* », que du côté des usagers qui seraient réticents à se faire hospitaliser car c'est plus facile de dire « *je suis toxicomane* » plutôt que de dire « *je suis fou* »

D'autres dommages sanitaires non évoqués en 2001 l'ont été en 2002 :

- La tendance émergente en 2002 semble l'aggravation de **problèmes pulmonaires** : broncho-pneumopathies, tuberculoses et hippocratisme digital. D'après certains médecins ayant participé au groupe focal sanitaire, l'importance de ces problèmes pulmonaires peut en partie s'expliquer par un tabagisme chronique et/ou l'injection de Subutex® qui pourrait entraîner des micro-embolies responsables « d'effet shunt » au niveau de la barrière alvéolo-capillaire (prévalence clinique de l'hippocratisme digital). Ce phénomène est d'autant plus préoccupant qu'il touche également des usagers jeunes alors que ce type de pathologies s'observe généralement plutôt chez des fumeurs âgés. Ainsi, certains médecins constatent des problèmes respiratoires importants chez 30 % des usagers.

- La **prise en charge de l'hépatite C**

En 2002, l'augmentation du nombre de décès d'usagers de drogues co-infectés par le VIH et le VHC a été signalée. Les intervenants imputent ces décès principalement à l'hépatite C, chez des usagers atteints depuis une quinzaine d'années.

En même temps, lors du groupe focal sanitaire, la prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogues a été décrite comme peu adaptée. Pendant plusieurs années, les usagers de drogues rencontraient des difficultés pour accéder à un traitement pour l'hépatite C. Lors du groupe focal sanitaire, les médecins intervenant dans des dispositifs spécialisés pour usagers de drogues ont dénoncé une tendance actuelle inverse qui consisterait à mettre les usagers de drogues atteints par l'hépatite C systématiquement sous interféron sans prendre en compte ni la gravité de leur hépatite, ni leur état psychologique : « *Pour le VHC, je trouve qu'on voit l'inverse (en comparaison avec le VIH), c'est-à-dire qu'on met un peu n'importe comment les gens sous Interféron. On a eu plusieurs patients psychotiques ou des gens qui ont des problèmes psychiatriques avérés et qu'on retrouve sous Interféron. Après, il faut essayer de le gérer et c'est plus ou moins acrobatique* », ou encore « *Avant, il n'y avait aucun accès pour les gens atteints d'hépatite C, ils étaient virés. Maintenant, ils ne sont pas virés, ils sont attirés et on ne tient plus du tout compte de leur spécificité. Moi je suis un peu étonnée de voir des gens sous traitement. Pour le coup, ce n'est pas toujours une urgence, il faut peut-être attendre que les gens soient au minimum stabilisés. Moi, j'ai vu des gens qui étaient dans la rue avec de l'Interféron.* »

Ces médecins demandent à ce qu'un travail de partenariat entre psychiatres, médecins spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes et gastro-entérologues soit instauré afin d'optimiser au mieux la prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogues car selon eux, initier un traitement Interféron de manière trop précoce peut être une expérience difficile à vivre pour les usagers de drogues (effets des traitements) et constituer par la suite un frein dans la continuité de la prise en charge.

#### - La vulnérabilité des femmes usagères de drogues<sup>10</sup>

Les femmes usagères de drogues sont décrites comme étant plus vulnérables du point de vue de leur santé. Comme le note un médecin spécialisé dans la prise en charge des toxicomanes : « *Il y a beaucoup de vulnérabilités chez les femmes (...), ce sont des personnes qui se détériorent. On a l'impression qu'on n'arrivera jamais à les sortir de là (...)* D'une façon générale, les femmes sont moins souvent toxicomanes que les hommes, mais quand elles le sont, déjà elles passent par la prostitution, ce qui n'est pas très bon pour l'estime de soi. En général, elles sont dans des situations sociales, psychologiques et sanitaires calamiteuses. »

Les femmes usagères de drogues sont particulièrement exposées au VIH. Elles le sont tout d'abord dans le cadre de leur vie de couple quand leur compagnon est séropositif ou usager de drogues par voie intraveineuse et qu'il peut être amené à prendre des risques lors de sa consommation de produits psychoactifs. Cette exposition au VIH peut être accentuée chez les femmes usagères de drogues qui sont amenées à se prostituer pour financer leur consommation de produits psychoactifs, et plus particulièrement pour la cocaïne : « *Quand elles ont besoin de produits ou de fric, elles sont prêtes à avoir des rapports non protégés* », cette absence protection étant souvent exigée par le client<sup>11</sup>.

- Un point positif est à relever en 2002. Les médecins rencontrés dans le cadre du groupe focal sanitaire font part d'une **amélioration des soins dentaires** chez les usagers de drogues qu'ils accueillent : « *On voit des toxicomanes avec des bras à l'état de cratères de la lune et des jolies dents. Les dentistes jouent le jeu, ce qu'ils ne faisaient pas du tout avant.* »

<sup>10</sup> Cette thématique ne fait pas partie des tendances émergentes, mais elle a été longuement évoquée lors du groupe focal sanitaire et de discussions avec des intervenants spécialisés tout au long de l'année 2002. Il nous semblait donc important de refaire un point sur cette question.

<sup>11</sup> Une étude sur prostitution et usage de drogues est d'ailleurs en cours dans le cadre du dispositif TREND, Marseille constituait un des lieux d'enquête.

## Données Coquelicot (InVS) sur les problèmes de santé rencontrés par les usagers de drogues

Dans l'étude Coquelicot, 69,5 % des personnes interrogées s'estiment en bonne santé. Les problèmes dentaires et les troubles psychologiques constituent les pathologies les plus courantes chez les usagers de drogues, injecteurs actifs ou non, entraînant une prise en charge au moins deux fois sur trois, suivies des troubles oculaires et des gonflements des membres (très certainement liés à l'injection de produits, notamment du Subutex®).

Les usagers de drogues injecteurs actifs sont plus particulièrement concernés par l'overdose et la septicémie (liée à l'injection de produits) premières causes d'hospitalisation chez les UD, ainsi que par les abcès.

Les problèmes broncho-pulmonaires (asthme, bronchite) et dermatologiques prévalent parmi les autres problèmes rencontrés (40 % de la catégorie autres).

### Problèmes de santé rencontrés dans les six derniers mois – Étude Coquelicot InVS

	Échantillon global (N1 = 166)		Sous-population des injecteurs actifs (N2 = 36)			Consultation médecine libérale	Hospitalisation ou consultation aux urgences
	n1	n1/N1	n2	n2/N1	n2/N2		
Problèmes dentaires	86	52 %	24	28 %	67 %	<b>50 %</b> (43/86)	17,4 % (15/86)
Abcès	26	<b>15,7 %</b>	11	42 %	31 %	<b>61,5 %</b> (16/26)	19,2 % (5/26)
Gonflement des membres	36	21,7 %	13	36 %	36 %	33,3 % (12/36)	14 % (5/36)
MST	15	9 %	1	7 %	3 %	20 % (3/15)	46,7 % (7/15)
Troubles oculaires	41	24,7 %	13	32 %	36 %	46,3 % (19/41)	7 % (3/41)
Épilepsie	17	10 %	6	35 %	17 %	41,2 % (7/17)	47,1 % (8/17)
Troubles psychologiques	79	<b>47,6 %</b>	20	25 %	56 %	<b>63,3 %</b> (50/79)	16,5 % (13/79)
Septicémie	5	3 %	2	40 %	6 %	40 % (2/5)	60 % (3/5)
Overdose	14	8,4 %	9	64 %	25 %	0 % (0/14)	64,3 % (9/14)
Autres	35	21,1 %	12	34 %	33 %	43 % (15/35)	37 % (13/35)

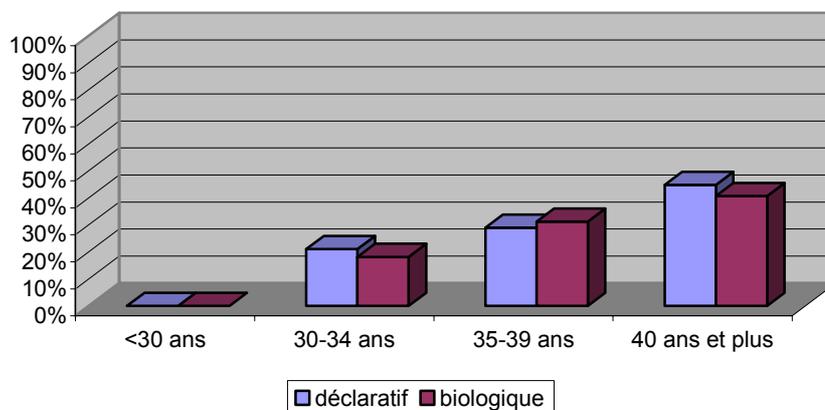
Pour les problèmes dentaires, 50 % des usagers déclarent avoir pu consulter un médecin, ce qui tend à confirmer l'amélioration de la prise en charge des usagers de drogues évoquée dans le cadre du groupe focal TREND.

Le taux de prise en charge semble également plutôt satisfaisant pour les abcès (61,5 %) et pour les troubles psychologiques (63,3 %)<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Ces constatations relatives au taux de prise en charge ne sont que des hypothèses, car il est délicat de se prononcer sur la signification de la consultation en médecine libérale. Cette consultation en médecine libérale peut avoir eu lieu à l'occasion d'un épisode, mais ne pas être systématique chez l'utilisateur qui répond par l'affirmative à la question « Avez-vous consulté en médecine libérale pour des problèmes dentaires, un abcès ou des troubles psychologiques ? ».

## Données sur la prévalence du VIH – Étude Coquelicot (InVS)

Prévalences déclarée et biologique du VIH par classe d'âge



Dans l'étude Coquelicot (InVS), 96 % des usagers disent avoir été testés pour le VIH. Le taux de prévalence déclarée du VIH est de 22,6 %. Pour les sujets se déclarant testés négativement, on ne dispose des dates du dernier test négatif que dans 60 % des cas (100/166). Un rapide examen des dates révèle que deux tiers de ces tests remontent à plus de six mois.

Sur les 137 prélèvements de sang capillaire recueillis, la concordance entre les résultats de ce classement biologique et les déclarations des répondants est excellente puisque 96 % des tests capillaires positifs (4 sujets sont inclassables) correspondent à des sujets se sachant porteurs du VIH (28/29) et que 99 % des tests capillaires négatifs correspondent à des sujets se sachant indemne de toute contamination par ce même virus (97/98).

Tableau sur les prévalences déclaratives et biologiques du VIH par classe d'âge – Étude Coquelicot InVS

Classe d'âge	Prévalence déclarée	Prévalence biologique
Moins de 30 ans (n = 37)	0 % (0/35)	0 % (0/30)
30-34 ans (n = 58)	21 % (12/57)	18 % (8/44)
35-39 ans (n = 40)	29 % (11/38)	31 % (10/32)
40 ans et plus (n = 31)	45 % (13/29)	41 % (11/27)
Total tous âges confondus	23 % (36/159)	22 % (29/133)

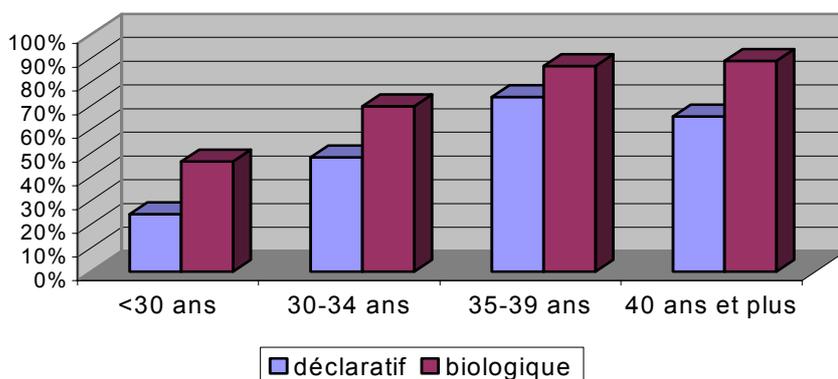
La prévalence du VIH croît régulièrement avec l'âge, présentant des valeurs sensiblement égales en déclaratif et en biologie pour chaque classe d'âge. Chez les plus jeunes, l'absence de toute séropositivité tient sans doute à l'impact de l'environnement tels que les actions de réduction des risques<sup>13</sup>, les décès des aînés injecteurs par sida (dévalorisation mortifère de l'injection) se traduisant par de moindres proportions d'injecteurs actifs (16 % versus 22 % dans l'échantillon global) et d'injecteurs qui partagent la seringue (2,7 % versus 5 %), et par une proportion plus importante de sujets snifeurs actifs (32,4 % versus 24,7 %),

<sup>13</sup> Les jeunes usagers de moins de trente ans ont généralement commencé l'injection après 1987, date de la libéralisation de la vente des seringues.

La prévalence de 45 % chez les plus âgés reflète quant à elle, la diminution de la mortalité des séropositifs depuis l'introduction des trithérapies.

### Données sur la prévalence du VHC – Étude Coquelicot (InVS)

#### Prévalences déclarée et biologique du VHC par classe d'âge



Dans l'étude Coquelicot (InVS), 94,6 % des usagers disent avoir été testés pour le VHC. Le taux de prévalence du VHC est de 51,6 %. Pour les sujets testés négativement, seuls 40 % des dates du dernier test négatif sont disponibles (67/166). 65 % de ces tests remontent à plus de six mois. Sur les 137 prélèvements de sang capillaire recueillis, la prévalence biologique du VHC est ainsi de 72,6 % contre un taux de prévalence déclarée de 51,6 %. Le croisement entre les résultats de ce classement biologique (à l'exclusion des 7 sujets inclassables) et les déclarations des répondants montre que 30 % des sujets positifs au VHC sur le sang capillaire (27/91) ont déclaré ne pas être contaminés.

**Tableau sur les prévalences déclaratives et biologiques du VHC par classe d'âge – Étude Coquelicot InVS**

Classe d'âge	Prévalence déclarée	Prévalence biologique
Moins de 30 ans (n = 37)	24,2 % (8/33)	46,4 % (13/28)
30-34 ans (n = 58)	48 % (26/54)	70 % (30/43)
35-39 ans (n = 40)	73,7 % (28/38)	86,7 % (26/30)
40 ans et plus (n = 31)	65,5 % (19/29)	89 % (24/27)
Total tous âges confondus	<b>23 % (81/154)</b>	<b>73 % (93/128)</b>

Si la prévalence du VHC croît régulièrement avec l'âge (avec un décalage de 15 à 30 % entre le déclaratif et la biologie), le niveau des prévalences chez les plus jeunes est cependant très élevé, laissant supposer des contaminations très rapides après le début de l'usage. On note également qu'après 40 ans, neuf usagers sur dix sont porteurs du virus.

## Données sur la prévalence du VHB – Étude Coquelicot InVS

Sur 166 personnes, 136 disent avoir été testées pour le VHB (82 %). 34 déclarent être séropositives, le taux de prévalence du VHB est de 25 %<sup>14</sup>.

Enfin, le taux de vaccination contre le VHB est de 42 % sur l'ensemble de l'échantillon contre 50 % chez les sujets injecteurs actifs (18/36). Ces données sur la couverture vaccinale contre l'hépatite B demeurent également d'interprétation difficile dans la mesure où il n'est pas précisé s'il s'agit d'une vaccination complète ou d'une injection unique.

## LES MODES D'ACQUISITION DES PRODUITS

En 2001, nous avons obtenu des informations intéressantes sur l'évolution de l'organisation du trafic : moindre visibilité des scènes ouvertes de « deal », organisation du marché diversifiée selon le caractère légal ou illégal du produit (vente à la « criée » pour les médicaments, réseaux organisés et hiérarchisés pour les produits illicites). En 2002, les intervenants se sont montrés plus réticents à délivrer des informations sur les prix, le trafic et les scènes ouvertes, certains refusant même catégoriquement de répondre à ces questions, par crainte de l'utilisation qui pouvait ensuite être faite de ces informations. Les prix semblent avoir globalement augmenté avec le passage à l'Euro, mais très peu d'informations précises sur les prix de chacun des produits figurent dans ce rapport TREND.

Toutefois, quelques tendances semblent se renforcer ou émergent en 2002 :

- Il est difficile de repérer précisément le prix des produits, ceux-ci variant suivant le moment de la journée, les caractéristiques du vendeur et de l'acheteur (degré de familiarité entre eux, état de manque de l'acheteur) et selon les intentions du vendeur (prix de vente pouvant être défini par l'achat que le vendeur souhaite effectuer suite à sa vente).
- Les scènes ouvertes auraient disparu, en lien avec le renforcement de la présence policière en 2002 dans le contexte de la campagne électorale des présidentielles de 2002 et de la loi Sarkozy.
- Le trafic reste étroitement lié à l'évolution des modalités de prescription des médicaments (sulfates de morphine, Rohypnol® versus Subutex®), ainsi les modifications des modalités de prescription du Rohypnol® ont eu pour conséquence la diminution de sa présence sur les lieux de deal au profit de la vente d'Artane® et de Rivotril®. En 2002, lors du groupe focal sanitaire et du remplissage du questionnaire qualitatif avec les intervenants, ont été dénoncées les pratiques de prescription d'un certain nombre de médecins sur Marseille, plus particulièrement autour de l'Artane®<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> Compte tenu de la multiplicité des situations sérologiques possibles pouvant être rencontrées au cours des infections par le VHB (hépatite aiguë, hépatite ancienne guérie, sujet vacciné, portage chronique), les données de prévalence du VHB recueillies à partir des seules déclarations d'usagers doivent être interprétées avec prudence. Ces données peuvent en effet rendre compte de marqueurs sérologiques aussi différents que l'antigène viral (Ag HBs) qui renseigne directement sur la présence du virus (infection aiguë ou portage chronique) ou les anticorps au VHB, qui peuvent témoigner selon leur type d'un contact avec le VHB (anticorps anti-HBC) ou d'une vaccination (anticorps anti-HBs). Ainsi, on estime qu'un nombre important d'usagers de drogues comptés dans les chiffres de prévalence sont en fait guéris. D'un point de vue de santé publique, il importe surtout d'estimer la part des sujets porteurs du virus (les malades et les sains), celle des sujets anciennement infectés aujourd'hui guéris, et celle des sujets vaccinés. Comme ces estimations reposent sur le dépistage de marqueurs spécifiques que les données de déclaration ne distinguent classiquement pas, les données de prévalence du VHB recueillies dans la plupart des enquêtes ne fournissent pas d'informations clairement interprétables.

<sup>15</sup> Suite à l'organisation du groupe focal sanitaire TREND en septembre 2002, l'idée a été lancée par la DDASS des Bouches du Rhône de lancer un groupe de travail sur les pratiques de prescription des généralistes auprès des usagers de drogues.

- La facilité d'accès à certains médicaments comme le Subutex® ou le Rivotril® a pour conséquence des prix de vente peu élevés, ce qui faciliterait selon certains intervenants le développement des pratiques de troc au détriment de la vente.
- Si les vendeurs de médicaments (Subutex®, benzodiazépines) sont toujours majoritairement des consommateurs qui ne vendent que pour pouvoir acheter d'autres produits, on peut signaler la présence de quelques vendeurs non consommateurs (parfois des personnes âgées revendant leurs propres prescriptions de benzodiazépines)

Comme en 2001, les rumeurs autour du trafic sont bien présentes. Ainsi, fin 2002, une rumeur autour du trafic de kétamine dans les « quartiers » s'est diffusée sans toutefois qu'elle puisse être validée par les intervenants rencontrés. Ainsi, il est toujours délicat de délivrer des informations sur le trafic et plus particulièrement sur son organisation dans les « quartiers » qui sont plus fréquemment l'objet de rumeurs que le reste de l'espace urbain.

## LES PRODUITS

### *L'usage d'opiacés*

#### *L'usage d'héroïne en milieu urbain*

##### **Usagers**

En 2002, trois types d'usagers d'héroïne sont mentionnés.

1) Des populations venant des pays de l'Est qui avaient fait une apparition discrète en 2001 et dont les effectifs semblent augmenter en 2002 dans les files actives des dispositifs bas-seuil. Ces usagers sont amateurs d'opiacés et utilisent le plus souvent la voie injectable, mais il reste difficile de connaître précisément le type d'opiacés qu'ils consomment car ils ne parlent pas le français et les intervenants disposent de très peu d'informations à ce sujet.

2) Des usagers substitués qui font des « fenêtres thérapeutiques » avec l'héroïne, l'héroïne est alors le moyen d'égayer un quotidien un peu monotone scandé par le traitement de substitution.

3) Des jeunes usagers d'autres produits (ecstasy, kétamine) qui utilisent l'héroïne pour gérer la redescende des produits principalement consommés.

##### **Le produit**

En 2002, l'héroïne est toujours décrite comme un produit peu présent sur le marché, l'héroïne brune étant encore plus rare, disponible en fonction d'arrivages très occasionnels. Une des raisons supposées de cette désaffection est la disponibilité des traitements de substitution (Subutex®, méthadone) et l'attrait des usagers en traitement pour des produits plus stimulants tels que la cocaïne. Prendre des opiacés comme le Subutex® ou la méthadone revient moins cher que l'achat d'héroïne.

Les données Oppidum confirment cette désaffection puisqu'en 2001, seuls 5 % des usagers déclarent consommer de l'héroïne alors qu'ils étaient 35 % en 1996. En 2002, dans l'étude Coquelicot (InVS), 11 % des usagers (19/166) déclarent avoir consommé de l'héroïne dans le dernier mois, ce taux est certes faible, mais il montre que le produit reste présent dans l'espace urbain.

Si l'héroïne est un produit peu visible, c'est peut-être parce les consommateurs d'héroïne ne correspondent pas aux populations vues dans les dispositifs spécialisés. Nous avons d'ailleurs évoqué en 2001, la modification des profils des consommateurs d'héroïne vers le « *milieu branché* », une population qui ne fréquente pas les dispositifs participant au recueil de données TREND.

## Perception

Globalement, l'héroïne semble toujours bénéficier d'une bonne image tant dans la population qui consomme ce produit et qui le considère comme un « *produit pour se faire plaisir* », que chez ceux qui n'en consomment pas et qui voient les usagers d'héroïne comme une population qui « *a des sous* » (en raison de son coût élevé), qui « *a un truc en plus* » (en raison de sa moindre accessibilité). Pour une partie des plus jeunes surtout chez ceux qui ont des proches anciens héroïnomanes, l'héroïne est considérée comme un produit appartenant à la génération précédente, associé à l'injection, au sida et à la déchéance.

Les intervenants ont des représentations positives des usagers d'héroïne qu'ils considèrent comme « *moins dépendants que ceux qui sont sous cachets, les usagers d'héroïne sont productifs* ».

Ce discours nostalgique autour de l'héroïne est de plus en plus perceptible tant chez les usagers que chez les intervenants des dispositifs spécialisés. « *Le bon héroïnomanes d'autrefois un peu baba, malheureusement, c'est fini.* »

## Modalités d'usages

L'héroïne resterait toujours majoritairement injectée, surtout chez les consommateurs issus des pays de l'Est et les usagers en traitement de substitution (anciens héroïnomanes). Les plus jeunes ont plutôt tendance à utiliser la voie nasale, même si le passage à l'injection se fait à un moment plus avancé de leur parcours. Les intervenants interrogés dans le cadre du recueil qualitatif TREND ne signalent aucun problème de santé particulier avec l'héroïne car selon eux, la majorité des injecteurs étant le plus souvent « âgés » (plus de 40 ans), ils semblent bien connaître les bonnes pratiques d'utilisation du produit.

Dans l'étude Coquelicot (InVS), parmi les consommateurs d'héroïne, 58 % déclarent l'injecter, 31 % l'utilisent par voie nasale et 31 % la fument.

Dans Oppidum, en 2001, aucun usager ne déclarait fumer l'héroïne, ils étaient 68 % à l'utiliser par voie nasale et 42 % à l'injecter.

Cette pratique de l'héroïne fumée a été mentionnée par les intervenants des dispositifs bas-seuil comme une pratique très rare en 2002, il est donc possible qu'elle concerne des usagers reçus dans d'autres types de dispositifs et issus de milieux sociaux plus aisés<sup>16</sup>.

Les réseaux de vente restent fermés et discrets. L'héroïne ne se vendrait plus dans la rue. La vente s'effectue par téléphone portable et entre initiés. Les usagers disposant de « plans » semblent réticents à donner leurs adresses étant donné la rareté du produit.

## L'usage d'héroïne en milieu festif<sup>17</sup>

Dans l'espace festif, l'héroïne connaîtrait une légère hausse, mais elle est connue essentiellement sous la dénomination « *rabla* ». Contrairement à l'espace urbain, c'est l'héroïne brune qui serait la plus disponible dans l'espace festif techno. Elle poursuivrait également son processus de « revalorisation », initié en 2001. En 2001, l'amélioration de l'image de l'héroïne était liée à sa dénomination de « *rabla* » moins stigmatisante que celle d'« héroïne », à des expériences positives avec d'autres opiacés comme le rachacha ou alors à la possibilité de consommer ce produit autrement que par voie injectable. En 2002, l'héroïne semble acquérir de plus en plus un statut de produit à part entière alors qu'elle avait longtemps été utilisée pour gérer les descentes dans l'espace festif.

En 2002, l'amélioration de son image serait en partie liée à la comparaison avec la kétamine. En effet, pendant plusieurs années, l'héroïne était perçue par les participants au milieu techno comme l'un des produits les plus « dangereux » en raison de son pouvoir addictif et de son association avec la pratique de l'injection, mais l'apparition de produits comme la kétamine aux effets « puissants » et visibles contribuerait indirectement à modifier l'image de l'héroïne. Comme le font remarquer des

<sup>16</sup> En effet, l'échantillon de l'étude Coquelicot était bien plus diversifié dans la mesure où le recrutement s'est effectué dans l'ensemble des dispositifs spécialisés et chez les médecins généralistes, donc bien au-delà du recueil de données TREND qui porte essentiellement sur les structures bas-seuil.

<sup>17</sup> Les constats portant sur le milieu festif sont à prendre avec plus de précaution dans la mesure où les données ne proviennent que de deux sources (Mutualité française Mission Réduction des risques et Agoratek).

intervenants du milieu festif : « à côté des décorporations sous kétamine, l'héroïne peut représenter un délire sécurisant (...) Chez les non consommateurs d'héroïne, l'image de la substance s'est améliorée. Les raccourcis rapides ne font plus recette (héroïne le lundi, overdose le samedi) et la présence de substances comme la kétamine et le free-base présentant des effets psychoactifs nettement plus importants que ceux générés par l'héroïne, font que l'image de cette dernière s'en trouve pondérée et renvoyée dans la catégorie « simple drogue » et non plus celle de « la drogue qui fait le plus de mal ».

Comme le font remarquer d'autres intervenants du milieu festif : « L'époque de l'équation « héroïne = précarité = sida » semble de plus en plus appartenir au passé et nombre de personnes qui il y a encore 5 ans auraient violemment refusé un trait ou une trace d'héro, acquiesce aujourd'hui, dans une démarche dans la plupart des cas expérimentale. »

Dans ce milieu, l'héroïne serait majoritairement sniffée, des intervenants avançant des chiffres de l'ordre de 90 %, la majorité des autres usagers la fumeraient. En 2001, l'injection d'héroïne était mentionnée comme une pratique se diffusant progressivement, en 2002, elle serait une pratique extrêmement marginale ou en tout cas peu visible. Toutefois, il est toujours difficile de se prononcer de manière fiable sur des pratiques stigmatisées car les usagers peuvent avoir tendance à moins facilement les « avouer ».

Certains intervenants et usagers expérimentés prévoient une augmentation importante de la diffusion de l'héroïne en raison de son pouvoir addictif. Selon Agoratek : « l'héro, c'est le produit le plus prenant, les autres produits, tu te lasses vite, mais avec l'héro, en plus, tu tombes vite accro. À mon avis, c'est normal, y va y avoir une grosse vague, c'est obligé. »

### ***L'usage de buprénorphine haut dosage (Subutex®) en milieu urbain***

En 2002, le Subutex® reste le produit majoritairement consommé sur Marseille dans l'espace urbain.

Dans l'étude Coquelicot (InVS), 44 % des usagers déclarent avoir consommé du Subutex® dans le dernier mois.

En 2001, dans l'étude Oppidum, ils étaient 51 % à déclarer être consommateurs de Subutex® et 61 % déclaraient prendre du Subutex® dans le cadre d'un protocole de substitution.

### **Usagers**

Les catégories d'usagers de Subutex® élaborées en 2001 (les « principalement substitués », les « principalement héroïnomanes », les « polyconsommateurs de médicaments » et les « consommateurs de stimulants et hallucinogènes » qui l'utilisent pour la redescende) sont toujours d'actualité. En 2002, au sein de la deuxième catégorie des consommateurs de Subutex® « principalement héroïnomanes », est évoquée la présence plus importante de populations des pays de l'Est.

Et une cinquième catégorie semble prendre de l'importance, il s'agit des primo-consommateurs de Subutex® plutôt jeunes qui peuvent démarrer l'initiation d'un traitement en prison et le poursuivre à leur sortie. Lors du groupe focal sanitaire, des médecins ont avancé que les primo-consommateurs de Subutex® représenteraient 15 % de la file active des structures de soins spécialisés dans laquelle ils exerçaient.

## Modes d'obtention

Le Subutex® reste l'un des produits les plus accessibles sur les lieux de deal, en lien direct avec l'importance des prescriptions médicales. Des intervenants évoquent les pratiques d'initiation des jeunes usagers ou des nouveaux venus dans les structures : en échange d'adresses de médecins prescripteurs, les habitués accompagneraient ces nouveaux chez le médecin pour partager ensuite les prescriptions de Subutex®.

Les prix du Subutex® comme de la plupart des médicaments varient selon les caractéristiques de l'acheteur et les motivations du vendeur. Par exemple, le prix augmente si le vendeur perçoit que l'acheteur est en état de manque, ou encore le prix peut s'ajuster à ce que le vendeur souhaite acheter suite à la transaction, simplement un sandwich ou d'autres substances psychoactives licites ou illicites.

Étant donné les prix peu élevés du Subutex® (7,5 Euros le comprimé, 15 Euros pour une boîte de 7 comprimés), pour certains intervenants, ces transactions s'apparentent plus à du troc qu'à de la vente.

## Modalités d'usage

Quand il n'est pas pris dans le cadre d'un protocole de substitution, le Subutex® serait un produit majoritairement injecté, certains intervenants avançant des chiffres de l'ordre de 70 %, l'injection concernant plus particulièrement les anciens héroïnomanes, mais serait également de plus en plus souvent observée chez les jeunes usagers. Même si comme en 2001, certains injecteurs sont contraints à l'abandon de ce mode d'administration en raison de la détérioration de leur état veineux.

Dans l'étude Coquelicot (InVS), seuls 23 % des usagers déclarent injecter le Subutex®. Cette proportion ne peut être comparée avec les observations TREND dans la mesure où tout d'abord, une partie de ces usagers prennent du Subutex® dans le cadre d'un protocole de substitution, et de plus, les pratiques d'injection d'un médicament pris dans le cadre d'un protocole de substitution sont encore plus difficiles à « avouer » que pour les produits illicites face à un enquêteur. Il est donc fort probable qu'existe un biais de sous-déclaration.

Une nouvelle pratique d'injection plus rapide a été mentionnée à plusieurs reprises en 2002, elle consiste à mettre le cachet de Subutex® directement dans la seringue avec de l'eau tiède, à secouer la seringue et ensuite à injecter cette solution. Les motivations des usagers sont diversifiées : pour certains, il s'agit de gagner du temps, d'autres usagers présentent la rapidité de l'injection comme une stratégie pour éviter les abcès causés par l'injection de Subutex®.

La voie nasale et la voie fumée sont signalées de manière marginale, l'intérêt de la voie fumée pour le Subutex® serait lié à l'absence d'odeur lors de la combustion du produit. La voie nasale serait utilisée dans un premier temps chez les plus jeunes qui passeraient le plus souvent dans un deuxième temps à l'injection. Dans l'étude Coquelicot (InVS), 14 % des usagers déclarent consommer le Subutex® par voie nasale.

## Dommmages sanitaires

La fréquence de l'injection du Subutex® a pour conséquence la multiplication des abcès des membres supérieurs qui dans les cas extrêmes peuvent aller jusqu'à la perte de l'usage d'un bras ou d'une main ou des amputations des orteils, des doigts, de mains ou de pieds selon les médecins rencontrés dans le cadre du groupe focal sanitaire. En effet, l'injection de ce produit étant vécue comme une pratique « honteuse » par un certain nombre d'usagers qui s'y adonnent, ils peuvent hésiter à se faire soigner car cela reviendrait à l'avouer auprès du personnel soignant. Ces abcès à répétition et non soignés peuvent également fragiliser encore plus l'état de santé de personnes touchées par le VIH.

La détérioration du capital veineux des usagers constitue également un phénomène toujours préoccupant.

En 2002 a été pointée l'augmentation des problèmes broncho-pulmonaires chez les injecteurs de Subutex®. En effet, l'injection de Subutex® pourrait entraîner des micro-embolies responsables « d'effet shunt » au niveau de la barrière alvéolo-capillaire (prévalence clinique de l'hippocratisme digital).

## Perception

Les représentations du Subutex® restent toujours très négatives que ce soit chez les consommateurs et les non-consommateurs de ce produit. « *C'est un produit de merde* » est une expression qui revient souvent, mais les usagers poursuivent leur consommation car son accès est facilité et son prix de revient peu élevé.

Les intervenants insistent sur l'insatisfaction des usagers face au Subutex® qui estiment souvent être sous dosés, sont déçus quand ils attendaient des effets proches de ceux de l'héroïne qu'ils n'obtiennent pas, ce qui peut favoriser la poly-consommation d'autres médicaments tels que les benzodiazépines pour compenser.

Toutefois, la dévalorisation du Subutex® doit être nuancée en fonction des motivations et du cadre dans lequel est prescrit ce produit de substitution. En effet, le Subutex® peut aussi être perçu comme un produit « sûr » sans surprise dans la mesure où c'est « *un médicament dont au moins, la pureté est assurée* ». Il permet de gérer les effets du manque. Et pris comme un traitement de substitution dans le cadre d'un protocole, il peut permettre à des usagers de progressivement devenir abstinents et de se réinsérer socialement.

### *L'usage de buprénorphine haut dosage (Subutex®) en milieu festif<sup>18</sup>*

En 2002, dans l'espace festif, la disponibilité du Subutex® serait rare, même si certains intervenants mentionnent qu'il est parfois utilisé pour remplacer l'héroïne en raison de son prix moins élevé.

### *L'usage de méthadone en milieu urbain*

En 2002, Marseille reste une ville où la méthadone est particulièrement accessible, à la fois dans des centres fixes et au sein d'un Bus méthadone itinérant dit à bas seuil géré par Médecins Du Monde. Dans l'étude Coquelicot (InVS), 40 % des usagers déclarent avoir consommé de la méthadone dans le dernier mois.

Si la méthadone est prescrite dans un cadre légal, elle reste peu accessible sur le marché parallèle. Les seules exceptions à noter sont des dépannages entre usagers ou quelques cas de revente quand les usagers négocient les « stocks » de méthadone qu'ils n'ont pas utilisés. Ces « stocks » seraient constitués quand les usagers souhaitent diminuer leur posologie et se heurtent à des réticences de la part de leur médecin.

Une tendance évoquée en 2002 par quelques intervenants est la reprise de pratiques d'injection chez des patients sous méthadone par le biais de l'usage de la cocaïne. En effet, chez les anciens héroïnomanes en traitement méthadone, la cocaïne peut être utilisée en « extras » et permettrait de retrouver le plaisir lié à l'injection. Même si dans la plupart des cas, la méthadone reste aussi un moyen pour des usagers de s'éloigner de l'injection.

## Usagers

Les intervenants distinguent quatre types de motivations pour entrer dans un programme méthadone :

- 1) « *arrêter les autres produits* » : la méthadone est perçue comme une étape vers la désintoxication.
- 2) « *un objectif de confort* » : la méthadone permet alors de ne plus souffrir du manque et de ne plus centrer ses journées sur des activités illégales liées à la recherche de l'héroïne, tout en poursuivant des consommations occasionnelles d'héroïne ou de cocaïne en « extras ».
- 3) « *se fracasser la tête* » : La méthadone est ici considérée comme un produit parmi d'autres et non comme un traitement.

---

<sup>18</sup> Les constats portant sur le milieu festif sont à prendre plus de précaution dans la mesure où les données ne proviennent que de deux sources (Mutualité française Mission Réduction des risques et Agoratek).

- 4) « *rentrer dans le système de soins* » : cette situation est marginale et concerne des populations très précaires qui accèdent aux soins en même temps que leur inclusion dans un programme méthadone. Elle concerne essentiellement les populations venant des pays de l'Est.

La majorité des usagers en traitement méthadone sont des anciens héroïnomanes. En 2002, une nouvelle population d'usagers sous méthadone est mentionnée. Il s'agirait de personnes des pays de l'Est dont certaines accèderaient aux programmes méthadone afin d'avoir accès aux soins et à de l'hébergement spécialisé, l'étiquette « usager de drogues » attribuée par la mise en traitement méthadone permettant l'accès au dispositif spécialisé<sup>19</sup>.

### Perception

L'image de la méthadone semble plutôt négative chez les usagers qui n'ont pas expérimenté ce traitement : le cadre de prescription est perçu comme contraignant (attente, horaires), la méthadone est perçue comme un produit stigmatisant réservé aux cas les plus « lourds » et aux usagers atteints par le VIH, les effets de la méthadone sont perçus comme trop addictifs et proches de ceux de l'héroïne (sudation, « piquage de nez », risques d'overdoses,...).

Des « pauses » ou « fenêtres thérapeutiques » dans le traitement méthadone sont évoquées. Certains usagers arrêteraient leur traitement pendant quelque temps et reviendraient à l'héroïne. Toutefois, dans la grande majorité des cas, même si la méthadone peut être source de déception, la plupart des usagers estiment qu'« *ils sont mieux avec la substitution que sans rien du tout* ».

L'utilisation de la méthadone en dehors d'un protocole de substitution n'est quasiment pas mentionnée.

### *L'usage de sulfates de morphine en milieu urbain*

En 2002, les sulfates de morphine sont toujours quasiment absents sur Marseille, les associations disent ne rencontrer qu'un ou deux usagers par an ayant réussi à avoir des prescriptions. Les quelques cas évoqués sont généralement des personnes qui ne résident pas sur Marseille, qui sont de passage, des « *routards* ». Il est donc impossible de délivrer des informations fiables relatives à ce produit.

Les données Oppidum confirment cette absence, en 2001, seuls 1 % des usagers déclarent consommer des opiacés autres que la buprénorphine, la méthadone ou la codéine.

En 2002, dans l'étude Coquelicot (InVS), 5 % des usagers déclarent avoir consommé des sulfates de morphine dans le dernier mois (8/166). Nous ne savons pas s'il s'agit d'usagers de passage sur Marseille ou de résidents.

Certaines associations insistent sur la nécessité d'élargir la palette des traitements de substitution aux sulfates de morphine en facilitant l'accès aux usagers.

### *L'usage de néocodion® en milieu urbain*

En 2002, peu d'informations sont disponibles autour du néo-codion®, les associations disent rencontrer rarement des usagers de ce produit, mais paradoxalement ils constatent que les boîtes vides de Néo-codion® sont toujours aussi nombreuses dans la rue et plus particulièrement sur les lieux de deal. Une des explications de cette discordance serait que les consommateurs de Néo-codion® n'auraient pas besoin des dispositifs spécialisés.

Il reste, toutefois, certain que la mise à disposition de la méthadone et du Subutex® a réduit la proportion d'usagers consommateurs de Néo-codion® dans les dispositifs spécialisés. D'après les données Oppidum (qui portent sur des usagers vus dans des structures spécialisées), en 1996, 9 % des usagers déclaraient être des consommateurs de codéine, ils ne sont plus que 1 % en 2001. En 2002,

<sup>19</sup> Il convient de prendre cette information avec prudence car nous ne savons pas de combien de cas il s'agit. De plus, il est difficile de statuer sur les motivations réelles de ces usagers à entrer dans un traitement de substitution. Il nous semble « étonnant » que l'accès aux soins et à l'hébergement puisse constituer la seule motivation de ces usagers car la prise quotidienne d'un traitement méthadone n'est pas anodine.

l'étude Coquelicot (InVS) qui porte sur un échantillon plus diversifié (centres de soins, post-cures, centres d'hébergement, dispositifs de réduction des risques, médecine de ville, usagers rencontrés dans la rue) conclue à des taux de consommation de codéine un peu plus élevés puisque 8 % des usagers (14/166) déclarent avoir consommé du Néo-codion® dans le dernier mois.

Les consommateurs de Néo-codion® seraient généralement des anciens héroïnomanes, plutôt des femmes. C'est un produit que quelques usagers ont intégré à leur quotidien, mais dont ils parlent peu.

### ***L'usage d'opium/rachacha en milieu festif et urbain<sup>20</sup>***

En 2002, l'opium/rachacha est présenté comme quasi inexistant dans l'espace urbain. Toutefois, la présence d'usagers venus des pays de l'Est amène certains intervenants des dispositifs bas-seuil à envisager un retour possible de cette substance dans l'espace urbain. En effet, la barrière de la langue limite le dialogue avec ces populations, mais ces usagers sont connus pour être des amateurs d'opiacés et certains consommaient de l'opium dans leur pays d'origine, ce qui amène certains intervenants à se demander « *peut-être que les Russes en consomment, mais ils n'en parlent pas* ».

En 2001, ce produit était principalement disponible dans les événements festifs non autorisés en été. Il était utilisé pour favoriser la « descente » des psychostimulants. En 2002, ce produit serait moins disponible, mais il serait recherché par un certain nombre d'usagers qui en auraient une image très positive de par son aspect « naturel » et sa bonne réputation quant à sa qualité. Les expériences relatées par les usagers seraient souvent vécues comme très positives. Agoratek relate un discours d'usager à ce sujet : « *C'était la 1<sup>ère</sup> fois (...) j'étais en descente de trip tout contracté, les mâchoires serrées, incapable de dormir tu vois quoi... et alors j'ai bouffé ½ gramme et ¾ heure après j'ai senti comme un immense apaisement intérieur, mes mâchoires se sont détendues en même temps que mon corps et je me suis senti m'enfoncer dans le sol sans pouvoir refaire surface... et je me suis endormi... super agréable comme sensation... terrible... jusqu'au lendemain... où là j'ai gerbé ma race... et wouai, j'ai pas l'habitude des opiacés... et j'étais liquéfié jusqu'au soir (...)* ».

## ***L'usage de produits stimulants***

### ***L'usage de cocaïne en milieu urbain***

En 2002, la cocaïne est décrite par l'ensemble des intervenants sollicités pour TREND comme l'un des produits les plus consommés et accessibles sur Marseille, sa disponibilité serait même en hausse : « *On en voit dans toutes les cités, dans les quartiers, en ville. Il y en a partout dans 30 % des quartiers de la ville. Maintenant, c'est aussi accessible que le cannabis.* ». Son remplacement possible par le MDMA évoqué par une structure en 2001 ne s'est pas confirmé.

Les données quantitatives confirment l'augmentation de la consommation de la cocaïne sur Marseille ces dernières années sans toutefois mettre en évidence un phénomène de si grande ampleur. Ainsi, les données Oppidum soulignent le phénomène de la diffusion de la cocaïne, en 1996, 6 % des usagers déclaraient être consommateurs de cocaïne, ils sont 16 % en 2001. Et en 2002, dans l'étude Coquelicot (InVS), 18 % des usagers (30/166) déclarent avoir consommé de la cocaïne dans le dernier mois.

### **Usagers**

Ce qui constitue véritablement un changement récent dans l'usage de la cocaïne, c'est sa « démocratisation » dans la mesure où ce produit n'est plus confiné comme auparavant aux milieux sociaux les plus aisés. Les caractéristiques sociales consommateurs seraient de plus en plus diversifiées.

<sup>20</sup> Les constats portant sur le milieu festif sont à prendre avec plus de précaution dans la mesure où les données ne proviennent que de deux sources (Mutualité française Mission Réduction des risques et Agoratek).

La cocaïne semble avoir pris la place de l'héroïne chez les usagers en traitement de substitution, car comme le fait remarquer un intervenant spécialisé : *« avec l'héroïne, ils sentent rien donc ils ont l'impression de perdre de l'argent. Avec le sub ou la métha, ils ont l'impression de gâcher de l'argent s'ils prennent de l'héroïne »*

C'est également un produit qui plaît aux plus jeunes en raison de son aspect lié à la fête et de ses effets « speed ».

### **Modes d'obtention**

Son prix a baissé depuis la mise sur le marché des traitements de substitution, mais c'est un produit qui revient cher en raison de la multiplicité des prises.

En 2002, les discours sur la qualité de la cocaïne sont contradictoires. Pour certains, la qualité de la cocaïne serait plutôt mauvaise, la présence de produits de coupe tels que le lactose, la caféine et le Subutex® sont mentionnés. Des amphétamines seraient parfois vendues pour de la cocaïne. L'augmentation des produits de coupe est justifiée par l'augmentation de la demande, *« autour de la coke, c'est devenu un vrai business »*. Pour d'autres, à l'inverse, à la fin des années 90, la pureté de la cocaïne pouvait descendre à 5-10 %, en 2002, il n'est pas rare de voir de la cocaïne dont la pureté va de 50 à 80 %.

Les prix sont liés aux caractéristiques de l'acheteur et aux motivations du vendeur, mais aussi au lieu de vente, le prix de la cocaïne étant moins élevé quand il est vendu dans les « quartiers » et plus élevé quand il est vendu en boîte de nuit.

### **Modalités d'usage**

Selon les intervenants, la cocaïne serait de plus en plus souvent injectée, alors qu'auparavant, elle était plutôt sniffée. Dans l'étude Coquelicot (InVS), 47 % des usagers déclarent injecter la cocaïne et 56 % déclarent la consommer par voie nasale, certains usagers variant les modalités d'usage. Cette importance de l'injection (en comparaison avec les modalités antérieures de consommation de la cocaïne par voie nasale) est liée aux anciennes habitudes de la population qui consomme ce produit. Les personnes sous traitement de substitution, généralement anciens héroïnomanes injecteurs, prennent de la cocaïne à la fois pour avoir des effets stimulants, mais aussi pour retrouver *« le plaisir lié à l'injection »*.

La pratique de « speed-ball » associant autrefois cocaïne et héroïne aurait évolué et consisterait de plus en plus souvent à associer la cocaïne au Subutex® ou à la méthadone.

En 2001, la voie fumée était évoquée comme émergente, une tendance qui ne semble pas se confirmer en 2002. Pour les intervenants, fumer la cocaïne serait considéré comme une pratique faisant courir le risque de perdre du produit : *« Le mec qui a déjà injecté de la coke ne va pas la fumer car c'est du gaspillage. »* Plusieurs intervenants marseillais ont insisté sur le « caractère précieux » du produit et la volonté des usagers (rencontrés dans les dispositifs bas-seuil) de trouver le mode de consommation le plus économique.

Toutefois, les données Coquelicot (InVS) montrent que 27 % des usagers déclarent avoir fumé de la cocaïne dans le dernier mois. Cette pratique semble donc bien exister, mais encore une fois, étant donné la diversité du recrutement de la population de l'étude Coquelicot comparée à celle observée dans le cadre du recueil TREND (population fréquentant les structures bas-seuil), il est probable que cette pratique concerne une population autre que celle vue dans les dispositifs bas-seuil.

### **Dommages sanitaires**

Comme en 2001, les principaux dommages sanitaires de la cocaïne sont liés au mode d'administration du produit, il s'agit de la détérioration de l'état veineux des usagers, conséquence directe de la multitude du nombre d'injections. Comme le fait remarquer un intervenant : *« Avant, ils se faisaient 5 shoots avec l'héro, maintenant avec la coke, ils en font une douzaine par jour, donc ils prennent plus de risques. Ça les massacre, c'est la répétition du geste qui pose problème. »* Certains intervenants expliquent la multiplicité des prises de cocaïne par le caractère éphémère de ses effets, mais aussi par la recherche du « flash » qu'ils pouvaient obtenir avec l'héroïne et qu'ils s'efforcent de retrouver avec la cocaïne.

De plus, la prise de cocaïne favoriserait les comportements de partage de seringues, comme le souligne un intervenant : « *Le problème, c'est la cocaïne, on fait attention pour les quatre premières injections, mais quand on est à dix, on ne fait plus gaffe, on fait n'importe quoi. Et on n'a plus de seringue. La cocaïne, souvent, ils se l'injectent à plusieurs. Au début, ils disent « cette seringue-là, c'est la mienne (...) à un moment ils ont fait un chassé-croisé et voilà.* »

Des troubles psychiatriques sont également relatés lors des consommations de cocaïne, même s'il est toujours aussi difficile de déterminer s'ils préexistaient à l'utilisation de ce produit. Comme le note un médecin spécialisé dans la prise en charge des toxicomanes : « *Ils ont des hallucinations, ils ont des troubles psychiques et ça ressort avec la coke. Mais, on ne sait jamais d'où ça vient, c'est peut-être un problème ancien qui resurgit.* »

Des états d'épuisement physique et psychique suite à des consommations régulières de cocaïne sont également évoqués, même si pour certains intervenants la « limite à ne pas dépasser » avec la cocaïne serait intégrée par les usagers les plus expérimentés : « *Si on prend de la coke longtemps, on ne dort pas, on ne mange pas donc on est en dépression. Mais souvent les usagers font une pause avant que ça arrive surtout chez ceux qui ont la culture de la drogue. Ceux qui n'ont pas la culture de la drogue vont jusqu'au bout de la coke et finissent en psychiatrie.* »

## Perception

Les représentations de la cocaïne sont diversifiées. Ce produit peut être « diabolisé » par la répétition des prises, les dommages sanitaires et « le sentiment d'être dans une impasse ». Comme le souligne un intervenant : « *Ils s'en plaignent, ils en souffrent parce que ça s'arrête pas. Ils prennent toujours plus de risques pour s'en procurer. Certains ont des problèmes de santé, ça leur bouffe la vie, ils ont besoin d'en prendre toujours plus. Ils savent que le problème de la coke, c'est pas le manque physique, c'est le manque psychologique.* » La cocaïne est décrite aujourd'hui comme un produit au pouvoir addictif parfois plus difficile que celui de l'héroïne, le manque physique lié à l'héroïne pouvant être soulagé par le Subutex® ou la méthadone alors que le manque psychologique lié à la cocaïne apparaît impossible à combler<sup>21</sup>.

## L'usage de cocaïne en milieu festif<sup>22</sup>

La cocaïne serait « valorisée » quand elle est consommée dans un contexte plus festif. Lors de la consommation de cocaïne, les effets recherchés sont « être speed » et des effets sexuels comme la déshinhibition et la performance sexuelle. Les perceptions de la cocaïne sont en lien avec les effets du produit et les lieux de consommation, comme le note un intervenant en milieu festif : « *La coke est liée à la fête, à la sexualité. C'est un produit lié à la convivialité, c'est un produit qui se partage. On retrouve ce partage surtout chez les teufeurs, ça fonctionne par tournées.* » Ainsi, dans le contexte festif, la cocaïne est décrite comme un produit « convivial » qui se consommerait en groupe. Cette image positive pâtirait, toutefois, de la variabilité de la pureté de la cocaïne trop souvent coupée pour « allonger les grammes ».

À l'instar du milieu urbain, la cocaïne est présentée comme l'un des produits phare du milieu festif. Dans le milieu festif, elle serait majoritairement consommée par voie nasale, même si sa transformation en free-base pour la fumer existerait de manière marginale.

## L'usage de crack et de free-base en milieu urbain et festif

En 2002, le mystère autour du crack est toujours présent en milieu urbain. Les intervenants évoquent la présence de free-base, mais indiquent que le crack n'existe pas sur Marseille, justifiant cette absence par la comparaison entre Marseille et Paris : « *C'est très rare, quelquefois des personnes*

<sup>21</sup> D'un point de vue pharmacologique, la distinction entre manque physique et psychologique est complexe à établir.

<sup>22</sup> Les constats portant sur le milieu festif sont à prendre avec plus de précaution dans la mesure où les données ne proviennent que de deux sources (Mutualité française Mission Réduction des risques et Agoratek).

*viennent avec de Paris, mais ça n'accroche pas ici. » ou encore « nos usagers en ont peur. On a eu un gars de Paris qui devait en ramener, mais personne ne l'a jamais revu. Le crack est un produit qui ne prend pas sur Marseille. »*

Dans l'étude Coquelicot (InVS), 3 % des usagers (5/166) déclarent avoir consommé du crack ou du free-base dans le dernier mois.

La présence du free-base est évoquée, mais elle resterait un phénomène très rare, car la transformation de la cocaïne en free-base serait perçue comme une forme de gaspillage, comme le soulignent des intervenants : *« il y a une peur du gaspillage qui est liée aux souvenirs des anciennes périodes d'abondance des produits qui n'existent plus aujourd'hui. »,* ou encore *« c'est presque dommage de transformer la cocaïne en free-base parce que le crack au départ est quelque chose de relativement impur et là, ils gâchent un peu. »*

En 2002, dans l'espace festif techno, le free-base/crack serait présent de manière marginale et toujours plutôt consommé par des usagers marginalisés dans les événements non autorisés. La transformation de la cocaïne en free-base nécessite un certain savoir faire qui peut décourager certains usagers. Agoratek relate une expérience d'usager : *« L'autre jour j'étais avec ma copine, on avait d'la coke et j'voulais lui faire goûter le caillou tu sais, le freebase. Mais le problème c'est que j'avais jamais cuisiné le truc -à chaque fois c'était des potes et moi j'regardais à moitié dégoûté par les odeurs d'ammoniac. Bref, là j'veux faire celui qui sait : la coke dans la p'tite cuillère, l'ammoniac, je chauffe le tout, je ressorts tant bien que mal une espèce de pâte qui durcit en séchant. On fume à l'aide d'une bouteille en plastique transformée en pipe, le caillou posé sur de la cendre de clope... je sentais bien qu'il y avait un goût chelou pas habituel, ça avait un goût de détergent puissance 10 mais on a fumé quand même... et alors après on a eu un de ces mal de tête incroyables à se taper la tête contre les murs, une vraie migraine qui a duré plus de 3 jours pour ma copine et impossible à faire passer. Un ami m'a alors dit que j'avais mal dû faire la préparation et que surtout j'avais oublié de nettoyer la coke, du coup on a dû fumer que de l'ammoniaque et des résidus (...) »*

### **L'usage d'ecstasy en milieu urbain**

En 2001, la diffusion de l'ecstasy en milieu urbain chez les anciens consommateurs d'héroïne avait été évoquée comme l'une des tendances émergentes. L'ecstasy était alors présenté comme un possible concurrent de la cocaïne. En 2002, cette tendance n'est pas confirmée.

Si certains de ces usagers ont pu se laisser tenter pour expérimenter ce produit, il semblerait que la majorité d'entre eux n'ait pas poursuivi leur consommation : *« certains vieux usagers du centre-ville qui ne sont pas des consommateurs habituels ont pu goûter l'ecstasy, mais la plupart du temps, ils sont déçus. Soit, ils ont mal déliré, soit ils n'ont pas eu l'effet escompté. »* Ces usagers déçus par l'ecstasy auraient, en revanche, poursuivi leur consommation de cocaïne.

Toutefois, l'ecstasy serait toujours présent en milieu urbain, mais chez les plus jeunes qui fréquentent le milieu techno et qui poursuivent leur consommation d'ecstasy. Cet usage reste associé au milieu festif, les effets attendus étant *« la joie, la gaieté et le bien-être »*. Des effets attendus pour l'ecstasy sont proches de ceux de la cocaïne, tels que la performance ou l'augmentation du plaisir sexuel. L'ecstasy serait parfois consommé sous forme de « joints » partagés entre amis, à l'instar du cannabis.

Dans l'étude Coquelicot (InVS), 11 % des usagers (19/166) déclarent avoir consommé de l'ecstasy dans le dernier mois, sans précision sur le contexte de consommation.

### L'usage d'ecstasy en milieu festif<sup>23</sup>

En 2002, dans le milieu festif techno, l'ecstasy resterait le produit majoritairement consommé, sa disponibilité serait même en légère hausse. Elle serait plutôt vendue sous forme de comprimés, même si la poudre se diffuserait mais à un prix plus élevé. La forme poudre favorise le mode de diffusion de la voie fumée.

L'ecstasy serait consommée par un public extrêmement diversifié, d'âges et de milieux sociaux variés. Cette « démocratisation » pourrait s'expliquer par le statut particulier de l'ecstasy qui ne serait pas réellement considérée comme une « drogue » en raison de ses effets empathiques, surtout lors d'un usage occasionnel. Lorsque son usage deviendrait régulier, les usagers peuvent ressentir une grande fatigue et un état dépressif, mais pour faciliter la redescende, ces usagers expérimentés utiliseraient l'héroïne. Quelques usagers comparent les effets de l'ecstasy à ceux de l'héroïne quand le produit est fumé. Agoratek relate l'expérience d'un usager : *« J'ai toujours aimé les opiacés. Un jour, un pote m'a fait venir dans une teuf, et j'ai pas trouvé de dreu alors il a déposé cette poudre cristalline blanche sur un morceau d'alu et on l'a fumée (...) ça a carrément un goût chimique pas vraiment agréable, par contre l'effet est terrible (...) t'as l'impression qu'une grosse vague de chaleur te submerge et au bout d'un moment tu piques du blaze. »*

En 2002, l'association ecstasy/cocaïne serait de plus en plus fréquente en raison de la disponibilité accrue et simultanée de ces deux produits, leur association permettant d'en potentialiser les effets. Les marchés de la cocaïne et de l'ecstasy sembleraient de plus en plus liés.

Le prix de l'ecstasy serait généralement en baisse, probablement en raison de la baisse de la teneur en MDMA, de la multiplication des réseaux de vente et donc de la concurrence.

### L'usage d'amphétamines en milieu urbain

En 2002, en milieu urbain, les amphétamines sont un produit peu visible. Il est décrit comme un produit artisanal dont la couleur peut varier du blanc au beige, qui se consomme le plus souvent en injection, parfois par voie nasale. Dans l'étude Coquelicot (InVS), seuls 6 % des usagers (10/166) déclarent avoir consommé des amphétamines dans le dernier mois.

En 2002, trois catégories d'usagers sont décrites :

- 1) Des consommateurs qui expérimentent les amphétamines par curiosité et s'en tiennent généralement à une seule expérience.
- 2) Des consommateurs plus réguliers décrits comme des « *travellers* » ou des « *artistes* », mais cet usage concerne un milieu très restreint.
- 3) Des usagers venus des pays de l'Est qui consommaient des amphétamines par voie intraveineuse dans leur pays d'origine poursuivraient leur consommation lors de leur arrivée à Marseille.

Les amphétamines sont décrites comme un produit qui « *épouse* », il peut d'ailleurs être utilisé pour éviter de dormir et pour un effet « *booster* », ce qui limiterait son usage quotidien. L'héroïne et les benzodiazépines peuvent permettre une meilleure gestion de la descente des amphétamines.

Les non initiés seraient généralement réticents à l'utiliser car « *ils ont peur de rester bloqués ou d'avoir un mauvais délire.* »

---

<sup>23</sup> Les constats portant sur le milieu festif sont à prendre avec plus de précaution dans la mesure où les données ne proviennent que de deux sources (Mutualité française Mission Réduction des risques et Agoratek).

## ***L'usage d'amphétamines et de méthamphétamines en milieu festif<sup>24</sup>***

En 2002, les amphétamines seraient un produit toujours très disponible dans l'espace festif, il serait même plutôt en hausse. Les prix auraient également augmenté parallèlement à l'amélioration supposée de la qualité.

La grande différence entre 2001 et 2002 concernerait les représentations des amphétamines. Autrefois, considérée comme un produit de seconde catégorie, une forme de substitution à l'ecstasy ou à la cocaïne, voire consommée par les usagers à leur insu (amphétamines vendues pour de l'ecstasy), les amphétamines seraient appréhendées aujourd'hui comme un produit à part entière, recherché et prisé pour ses effets spécifiques. Dans l'espace festif, les amphétamines tendraient même à supplanter la cocaïne, dont le rapport coût/bénéfice serait jugé moins intéressant.

Autrefois confinées à des groupes d'usagers appartenant à la mouvance identitaire la plus radicale du milieu techno en raison de sa réputation de produit « dur » en comparaison avec les effets empathiques de l'ecstasy, les amphétamines tendraient à se démocratiser. Les amphétamines seraient particulièrement adaptées au milieu festif car elles permettraient de danser longtemps tout en ne ressentant pas les effets de la fatigue.

Dans le milieu festif, les amphétamines se présenteraient le plus souvent sous forme de poudre et seraient consommées par voie nasale. La descente se gèrerait avec du cannabis et de l'alcool.

En 2002, un produit nommé « métamphétamine » commencerait à circuler, mais resterait confiné dans des cercles restreints d'initiés. Ce produit aurait l'apparence d'une poudre blanche cristalline qui serait plutôt consommé par voie orale ou fumée, la voie nasale ayant été expérimentée puis rapidement abandonnée en raison de ses effets douloureux sur les fosses nasales.

Les effets des méthamphétamines sont décrits comme proches de ceux des amphétamines avec plus d'intensité et une durée plus longue. Ce produit serait utilisé pour être « speed » et être capable de ne pas dormir pendant plusieurs jours d'affilée.

## ***L'usage de produits hallucinogènes<sup>25</sup>***

### ***L'usage de LSD en milieu festif et urbain***

En 2002, la présence de LSD est considérée comme quasiment inexistante dans l'espace urbain. Dans l'étude Coquelicot (InVS), 4 % des usagers (6/166) déclarent avoir consommé du LSD dans le dernier mois, sans précision sur le contexte de consommation (en milieu festif ou urbain).

Ce produit est rarement visible dans l'espace urbain, excepté durant l'été 2000 où une petite vague de consommation de LSD en goutte avait été repérée. Les consommateurs de LSD sont qualifiés de « *hippies chics* » et ne fréquentent pas les dispositifs spécialisés.

En 2001, la disponibilité du LSD dans l'espace festif était en nette diminution, certains décrivant une situation de « *pénurie totale* ». En 2002, cette tendance se confirmerait, seuls des cas de consommation isolés seraient rapportés durant l'été dans les Teknivals. Les rares consommateurs de LSD seraient des usagers plutôt marginalisés habitués des free-parties, ou des usagers plus âgés ayant expérimenté ce produit dans les années 60-70 et à la recherche de nouvelles expériences psychédéliques. La moindre consommation de ce produit serait certainement liée à l'image de « *bad trip* » qui peut lui être associée, et aux nombreuses « *anarques* » lors de l'achat de buvards.

<sup>24</sup> Les constats portant sur le milieu festif sont à prendre avec plus de précaution dans la mesure où les données ne proviennent que de deux sources (Mutualité française Mission Réduction des risques et Agoratek).

<sup>25</sup> Les constats portant sur le milieu festif sont à prendre avec plus de précaution dans la mesure où les données ne proviennent que de deux sources (Mutualité française Mission Réduction des risques et Agoratek).

### ***L'usage de kétamine en milieu festif et urbain***

En 2001, la kétamine était présentée comme l'un des phénomènes émergents de l'espace festif techno. En 2002, ce produit serait toujours présent, et toucherait des populations plus diversifiées. La diffusion de la kétamine dans le milieu étudiant se confirmerait et elle se développerait chez des usagers jeunes présentant « *des situations individuelles particulièrement dramatiques (rupture de lien familial, souvent avant l'âge de 16 ans, SDF, pas de ressources)* ».

Si en 2001, la kétamine était perçue comme une substance particulièrement dangereuse et incontrôlable, en 2002, les usages sembleraient mieux contrôlés, certainement en lien avec une familiarisation et un meilleur niveau d'expérimentation. Comme le relate Agoratek : « *la kéta reste encore un produit jeune, et c'est un peu normal qu'ils font n'importe quoi, mais depuis peu j'trouve quand même que cet usage a pris de la maturité, qu'il y a une meilleure compréhension de l'usage.* »

Cet apprentissage de l'usage de la kétamine et ses usages « contrôlés » amélioreraient son image, selon un intervenant du milieu festif : « *l'image de la kétamine se situe aujourd'hui entre le détachement cotonneux de l'héroïne et l'accompagnement vers le voyage mystico-religieux que peut proposer le LSD.* » Ainsi, la kétamine serait parfois qualifiée « *d'héroïne psychédélique* ».

La kétamine resterait, toutefois, un produit qui peut effrayer les non initiés, elle ne peut en rien être comparée aux produits phares de l'espace festif que sont l'ecstasy et la cocaïne.

La kétamine resterait le plus souvent consommée par voie nasale, la voie injectable semblerait se développer.

En milieu urbain, l'usage de kétamine n'est pas mentionné.

### ***L'usage de protoxyde d'azote en milieu festif***

Présenté comme un produit très disponible dans l'espace festif en 2001, le protoxyde d'azote aurait quasiment disparu en 2002. Une des explications de cette disparition serait la mauvaise réputation des vendeurs de protoxyde d'azote accusés de voler ce produit dans les hôpitaux et de laisser les cartouches vides traîner sur les sites, et donc de contribuer à la dégradation de l'image du milieu techno. Déjà en 2001, des habitués des fêtes techno cherchaient à chasser ce type de vente hors du milieu festif techno.

Dans l'espace urbain, ce produit n'est pas mentionné.

### ***L'usage des champignons hallucinogènes et autres produits d'origine naturelle en milieu urbain et festif***

En 2002, les champignons hallucinogènes sembleraient en diminution tant dans l'espace urbain que festif. Chez les usagers à la recherche de sensations psychédéliques, leur consommation persisterait certainement en lien avec la quasi disparition du LSD.

Quelques usagers évoquent des cas d'importations d'Europe du Nord, des achats via internet ou des récoltes locales. Ces consommations resteraient très ponctuelles et saisonnières. Agoratek relate le discours d'un usager : « *tous les ans début octobre c'est la même histoire, c'est culturel chez nous... on part entre potes un week-end à la montagne (...) on loue un chalet, on va cueillir les psilos et le soir on s'fait une bonne omelette et on fait la teuf. Cette année c'est moi qu'ai fait un live et c'est C... qui est venu me chercher à 3 heures du mat'au fond des bois en osmose complète avec un châtaignier... belle histoire !...* ». Afin d'en prolonger l'usage durant l'année, il est possible de les conserver dans de l'alcool ou du miel.

Certains intervenants en milieu festif ont pointé la disparition des champignons hallucinogènes en 2002. Il est probable également que l'image de produit sans risque associée aux champignons hallucinogènes<sup>26</sup> amène les usagers à ne pas évoquer leur usage de cette substance, ce qui entraîne une probable sous estimation de sa disponibilité par certains intervenants.

## ***L'usage de médicaments psychotropes***

En 2002, la consommation de médicaments psychotropes et en particulier des benzodiazépines reste très importante. Dans l'étude Coquelicot (InVS), 51 % des usagers déclarent avoir consommé des benzodiazépines (Rohypnol®, Temesta®, Tranxène®, Lexomil®, Rivotril®) dans le dernier mois. Et 27 % déclarent avoir consommé d'autres hypnotiques.

### ***L'usage de flunitrazépam (Rohypnol®) en milieu urbain***

Un des tendances de 2002 est la forte baisse de la disponibilité du Rohypnol®. Cette diminution est en lien direct avec les modifications du cadre de prescription de ce médicament, ce qui a eu pour conséquence le report vers d'autres produits tels que l'Artane® et le Rivotril®. Les craintes des intervenants de voir l'Artane® supplanter le Rohypnol® ne se sont pas réellement concrétisées dans la mesure où le Rivotril® semble avoir plus largement bénéficié de la diminution de la prescription de Rohypnol®. La dénomination familière de « *rup* » autrefois plutôt cantonnée au Rohypnol® semble maintenant englober l'ensemble des médicaments appartenant à la famille des benzodiazépines.

### **Usagers**

Malgré une baisse importante, le Rohypnol® reste consommé par quelques usagers qui ont pu faire des réserves ou qui s'en procurent sur le marché noir par le biais de personnes âgées qui ont trouvé un « filon » pour revendre leurs prescriptions.

Les caractéristiques des usagers de Rohypnol® ont évolué. Avant, ce produit était consommé par la plupart des « *cachetonneurs* », maintenant il est plutôt réservé à une sous-catégorie, celle des « *débrouillards* » qui réussissent à s'en procurer malgré la pénurie.

### **Perception**

Le Rohypnol® a toujours une image très négative, en 2001, les non consommateurs cherchaient à se distinguer des consommateurs. Selon des intervenants spécialisés : « *c'est une saloperie, les gens les voient souffrir, ça leur donne pas envie* », et en 2002, « *même ceux qui en prennent, ils disent « moi, j'en gobe pas, ça fait partie des produits qu'on a honte de prendre* ».

L'utilisation du Rohypnol® comme produit de substitution à l'alcool est mentionnée. Mais généralement, c'est plutôt l'association Rohypnol®/alcool qui est observée. Cette association entraînant perte de contrôle et amnésie, ses effets peuvent être dévastateurs. Le Rohypnol® serait d'ailleurs utilisé pour « *avoir le courage d'aller voler, l'effet rambo* » avec parfois pour conséquence de se retrouver en prison sans aucun souvenir des délits commis.

---

<sup>26</sup> Le fait que les usagers qualifient un produit de « sans risque » est une affaire de perception, cela ne nous renseigne en aucun cas sur la « dangerosité » de ce produit.

### ***L'usage du Rivotril® en milieu urbain***

Autre tendance de 2002, l'augmentation de la disponibilité du Rivotril®.

Toutefois, nous disposons de peu d'informations sur ce produit car les usagers le considèrent plus comme un médicament que comme une drogue, ils en parlent donc peu entre eux et peu aux intervenants qui notent toutefois que : « *Le Rivotril® fait de plus en plus partie du quotidien, c'est un produit de tous les jours* ». Ses effets sont considérés comme plus « *doux* » que ceux du Rohypnol®, le Rivotril® bénéficie donc d'une meilleure image, « *il fait moins peur* », « *ils demandent le Rivotril® pour mieux dormir, ils le perçoivent comme un produit pour être tranquille.* »

Les quantités de Rivotril® consommées sont plus importantes pour ceux qui veulent obtenir un effet de « *défonce* ». Les effets du Rivotril® ne semblent pas être identiques au Rohypnol®, au lieu de « *l'effet rambo* », les usagers auraient plutôt tendance à « *piquer du nez* ».

Contrairement au Rohypnol®, le Rivotril® est souvent l'objet de troc. Quand il est vendu, c'est au même prix que le Rohypnol®.

### ***L'usage des autres benzodiazépines et apparentés (Valium®, Xanax®, Stilnox®, Lexomil®,...) en milieu urbain***

La présence d'autres benzodiazépines est évoquée sans que des informations fiables et détaillées aient pu être recueillies sur cet usage. Ces médicaments sont généralement utilisés par défaut quand le Rohypnol®, le Rivotril® ou l'Artane® ne sont pas disponibles.

### ***L'usage des autres médicaments psychotropes : l'artane***

En 2001, la réapparition de l'Artane® était l'un des phénomènes émergents. Selon les intervenants des structures spécialisées, sa diffusion se confirmerait en 2002, accentuée par les modifications du cadre de prescription du Rohypnol®. Dans l'étude Coquelicot (InVS), 7 % des usagers (11/166) déclarent avoir consommé de l'Artane® dans le dernier mois. On peut faire l'hypothèse que l'accent mis sur l'Artane® par les intervenants est lié probablement à sa plus grande disponibilité, mais surtout au fait que les usagers d'Artane® mobilisent plus l'attention et ont certainement tendance à rendre moins visible l'usage de substances aux effets plus discrets.

En 2001, les principales modalités d'approvisionnement identifiées pour l'Artane® venaient de l'étranger, du Bassin méditerranéen. En 2002, les sources semblent se diversifier, quelques médecins prescriraient plus facilement ce médicament sur Marseille, l'Artane® deviendrait donc plus accessible.

#### **Usagers**

Toutefois, l'Artane® ne séduit pas l'ensemble des usagers, il s'agit plutôt de personnes marginalisées, fragiles psychologiquement qu'on pourrait qualifier de « *border-line* » : « *C'est souvent des psychotiques ou des psychopathes, enfin des gens qui ont de gros problèmes psychiatriques et que les institutions psychiatriques ne veulent plus, qui ont fait pas mal de séjours en psychiatrie.* »

De plus en plus de femmes seraient séduites par l'Artane® en raison de ses effets désinhibiteurs.

#### **Perception**

Comme en 2001, en 2002, les intervenants sont particulièrement prolixes sur les effets de l'Artane® : « *On voit des choses pas croyables, des gens qui s'assoient dans la rue pensant qu'il y a une chaise alors qu'il n'y en a pas ou alors des gens qui parlent tout seuls et qui sont persuadés qu'il*

*y a quelqu'un. » ou encore « ils jettent le contenu de leur assiette sur du linge propre parce qu'ils pensent que c'est une poubelle. Ils s'imaginent qu'ils boivent de l'eau alors qu'ils n'ont même pas de verre. Certains se sont même coupés la langue sur le bord de la table en se roulant une cigarette. » ou encore « l'Artane® était un produit consommé dans les années 70 en Pologne et ils ont tous fini en psychiatrie, certains ne redescendent pas. » L'Artane® est considéré comme une substance qui met les usagers en danger en leur faisant perdre totalement leurs repères.*

Les usagers eux-mêmes ont une perception très négative de l'Artane®, il perçu comme un produit dangereux et réservé aux « fous ».