

**PHÉNOMÈNES ÉMERGENTS  
LIÉS AUX DROGUES  
EN 2006**

**TENDANCES RÉCENTES  
SUR LE SITE  
DE RENNES**

---

# TREND 2006

## Sommaire

---

<b>SOMMAIRE.....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>INTRODUCTION AU RAPPORT DE SITE .....</b>	<b>- 5 -</b>
<b>LE DISPOSITIF NATIONAL TREND .....</b>	<b>- 5 -</b>
<i>Objectifs.....</i>	- 5 -
<i>Le réseau des sites .....</i>	- 5 -
<i>Les outils de collecte d'information.....</i>	- 6 -
Les enquêtes nationales pour les données de cadrage .....	- 6 -
Les observations ethnographiques .....	- 6 -
Les enquêtes qualitatives .....	- 6 -
Les groupes focaux .....	- 7 -
<i>Les autres outils de collecte .....</i>	- 7 -
SINTES.....	- 7 -
<i>Le rapport de sites .....</i>	- 7 -
<b>LES CONTRIBUTIONS .....</b>	<b>- 9 -</b>
<b>SYNTHESE DE SITE, LES FAITS MARQUANTS EN 2006 .....</b>	<b>- 11 -</b>
<b>PREAMBULE.....</b>	<b>- 11 -</b>
<b>LES FAITS MARQUANTS.....</b>	<b>- 11 -</b>
<i>Les substances psycho actives.....</i>	- 11 -
Les opiacés .....	- 11 -
Les stimulants .....	- 12 -
Les hallucinogènes.....	- 12 -
Les médicaments hors protocole médicaux .....	- 13 -
<i>Les consommateurs en milieu urbain.....</i>	- 13 -
Rajeunissement de la population féminine consommatrice et en errance .....	- 13 -
La problématique des grossesses prégnante chez les consommatrices de substances psychoactives.....	- 13 -
<i>Le milieu festif.....</i>	- 14 -
Un cadre législatif plus souple concernant les free party .....	- 14 -
Une communication médiatique plus importante sur les dispositifs répressifs .....	- 14 -
Des interpellations au sein même des événements festifs .....	- 14 -
<i>Les interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants .....</i>	- 14 -
Les alternatives aux poursuites et les décisions de poursuites .....	- 14 -
Les ouvertures d'information.....	- 14 -
<b>POINT DE REPERES SUR LE SITE.....</b>	<b>- 15 -</b>
<b>LA BRETAGNE .....</b>	<b>- 15 -</b>
<b>LE DEPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE .....</b>	<b>- 15 -</b>
<b>LA METROPOLE RENNAISE .....</b>	<b>- 15 -</b>
<b>LA CONSOMMATION DES JEUNES EN BRETAGNE.....</b>	<b>- 16 -</b>
<b>LES INTERPELLATIONS POUR INFRACTION A LA LEGISLATION SUR LES STUPEFIANTS.....</b>	<b>- 17 -</b>
<i>En Bretagne .....</i>	- 17 -
<i>A Rennes .....</i>	- 19 -
<b>LES DECES LIES A L'USAGE DE DROGUES .....</b>	<b>- 20 -</b>
<b>LE DISPOSITIF DE SOINS ET DE REDUCTION DES RISQUES.....</b>	<b>- 21 -</b>
<i>Le dispositif spécialisé en milieu urbain.....</i>	- 22 -
Les centres « méthadone ».....	- 22 -
L'activité de l'échange de seringues .....	- 22 -
Les consultations « cannabis ».....	- 23 -
<i>Le dispositif spécialisé en milieu festif.....</i>	- 23 -
<i>Le dispositif d'observatoire .....</i>	- 23 -
PreLud .....	- 23 -
Némo .....	- 24 -

<b>OBSERVATIONS ET RESULTATS DU SITE EN 2006.....</b>	<b>- 27 -</b>
CONTEXTES DES MILIEUX OBSERVES .....	- 27 -
<i>Le contexte urbain</i> .....	- 27 -
La période hivernale, une période de retranchement dans les squats .....	- 27 -
Une baisse de fréquentation des structures d'accueil au moment du conflit du CPE.....	- 27 -
De nombreux déplacements liés aux festivals en Bretagne.....	- 27 -
Une présence policière plus visible sur le milieu urbain .....	- 27 -
<i>Le contexte festif</i> .....	- 28 -
La Bretagne, une région riche en évènements musicaux.....	- 28 -
L'intervention des forces de l'ordre en milieu festif .....	- 29 -
LES USAGERS DE PRODUITS ILLICITES AU SEIN DES ESPACES OBSERVES .....	- 29 -
<i>Caractéristiques des usagers observés dans le milieu urbain</i> .....	- 29 -
Les publics des dispositifs « d'accès facilité ».....	- 29 -
Des données confirmées par les enquêtes PreLud et Némio .....	- 30 -
<i>Caractéristiques des usagers observés dans le milieu festif</i> .....	- 32 -
<i>Les conséquences sanitaires</i> .....	- 33 -
En milieu urbain .....	- 33 -
En milieu festif .....	- 34 -
<b>LES PRODUITS .....</b>	<b>- 35 -</b>
L'USAGE D'OPIACES .....	- 35 -
<i>L'usage d'héroïne</i> .....	- 35 -
Bref rappel des années 2002-2005 .....	- 35 -
Les faits marquants pour l'année 2006 .....	- 36 -
<i>L'usage de BHD</i> .....	- 38 -
Rappel pour la période 2002-2005 .....	- 38 -
Les faits marquants pour 2006 .....	- 38 -
<i>L'usage de Méthadone®</i> .....	- 39 -
Rappel pour la période 2002-2005 .....	- 39 -
Les faits marquants pour l'année 2006 .....	- 40 -
<i>L'usage de sulfate de morphine</i> .....	- 40 -
Rappel pour les années 2002-2005 .....	- 40 -
Les faits marquants pour l'année 2006 .....	- 41 -
<i>L'usage de Néo-codion®</i> .....	- 42 -
<i>L'usage d'Opium et de Rachacha</i> .....	- 42 -
Rappel pour la période 2002-2005 .....	- 42 -
Les faits marquants pour l'année 2006 .....	- 42 -
L'USAGE DE STIMULANTS .....	- 44 -
<i>L'usage de cocaïne</i> .....	- 44 -
<i>L'usage de free-base ou de crack</i> .....	- 44 -
<i>L'usage d'ecstasy</i> .....	- 45 -
Rappel pour les années 2002-2005 .....	- 45 -
Les faits marquants pour l'année 2006 .....	- 46 -
<i>L'usage d'amphétamines-speed</i> .....	- 47 -
Rappel pour les années 2002-2005 .....	- 47 -
Les faits marquants pour 2006 .....	- 48 -
L'USAGE D'HALLUCINOGENES .....	- 50 -
<i>L'usage de cannabis</i> .....	- 50 -
Rappel pour la période 2002-2005 .....	- 50 -
Les faits marquants pour 2006 .....	- 50 -
<i>L'usage de LSD</i> .....	- 51 -
Rappel pour la période 2002-2005 .....	- 51 -
Les faits marquants pour 2006 .....	- 52 -
<i>L'usage de Kétamine</i> .....	- 52 -
Rappel pour la période 2002-2005 .....	- 52 -
Faits marquants pour l'année 2006 .....	- 53 -
<i>L'usage de LSA - rose de bois</i> .....	- 53 -
<i>L'usage de champignons hallucinogènes</i> .....	- 54 -
<i>L'usage de Datura</i> .....	- 54 -
<i>L'usage de Salvia divinorum</i> .....	- 55 -
AUCUN AUTRE ELEMENT N°A PU ETRE RECUEILLI A CE SUJET.....	- 55 -
L'USAGE D'AUTRES MEDICAMENTS .....	- 56 -
<i>L'usage de Protoxyde d'azote</i> .....	- 56 -
<i>L'usage de GHB</i> .....	- 56 -
<i>L'usage de Flunitrazépam (Rohypnol®)</i> .....	- 56 -

<i>L'usage de Trihexyphenidyle (Artane®)</i> .....	- 57 -
Rappel pour les années 2002-2005 .....	- 57 -
Les faits marquants pour 2006.....	- 57 -
<i>L'usage de Zépam (Valium®)</i> .....	- 58 -
Rappel pour la période 2002-2005 .....	- 58 -
Les faits marquants pour 2006.....	- 58 -
<i>L'usage de Rivotril®</i> .....	- 59 -
Rappel pour la période 2002-2005 .....	- 59 -
Les faits marquants pour 2006.....	- 59 -
<i>L'usage de PCP</i> .....	- 60 -
<i>L'usage de Solvants</i> .....	- 60 -
<b>THEMATIQUE APPROFONDIE : « EVOLUTION DES CONSOMMATIONS DE COCAÏNE, SUR LE SITE DE RENNES ENTRE 2002 ET 2006 »</b> .....	<b>- 61 -</b>
INTRODUCTION.....	- 61 -
<i>Les milieux d'investigation</i> .....	- 61 -
<i>Evolution de la consommation de cocaïne et de la free base/Crack sur le site</i> .....	- 61 -
LES USAGES DE LA CONSOMMATION DE COCAÏNE ET FREE BASE/CRACK SUR LE SITE.....	- 62 -
<i>Caractéristiques démographiques et sociales des consommateurs</i> .....	- 62 -
Les usagers en milieu festif.....	- 62 -
Les usagers en milieu urbain.....	- 62 -
<i>Les effets recherchés et ressentis de la cocaïne et de la free base/Crack</i> .....	- 63 -
<i>Les dommages sanitaires, sociaux et économiques pouvant être en lien avec la consommation de la cocaïne et de la free base/Crack</i> .....	- 64 -
Les problèmes sanitaires liés aux effets du produit.....	- 64 -
Les problèmes sanitaires liés au mode d'administration .....	- 65 -
Les dommages psychologiques.....	- 65 -
Les demandes de soins.....	- 65 -
Les dommages sociaux .....	- 65 -
Les problèmes avec l'entourage.....	- 66 -
Les dommages financiers.....	- 66 -
MODALITES DE CONSOMMATION .....	- 66 -
<i>Les contextes possibles de consommation</i> .....	- 66 -
<i>Les motivations dans le choix de consommer de la cocaïne ou de la free base/Crack</i> .....	- 66 -
<i>Modalités de préparation, consommation et matériel utilisé</i> .....	- 67 -
Le free base/crack .....	- 67 -
La cigarette à la cocaïne ou « clope à la coke » .....	- 68 -
<i>Quantités consommées et fréquence de consommation</i> .....	- 68 -
<i>Les effets indésirables et leur mode de gestion</i> .....	- 69 -
Les effets indésirables décrits sont d'ordre physique et psychologique .....	- 69 -
<i>Les produits utilisés en association</i> .....	- 69 -
MARCHE DE LA COCAÏNE ET DE LA FREE BASE/CRACK ET MODALITES D'APPROVISIONNEMENT.....	- 70 -
<i>Disponibilité des différentes formes de cocaïne et leurs appellations respectives</i> .....	- 70 -
<i>Accessibilité</i> .....	- 71 -
<i>Prix</i> .....	- 71 -
<i>Modalités d'approvisionnement</i> .....	- 71 -
REPRESENTATIONS DE LA COCAÏNE ET DE LA FREE BASE/CRACK ET RISQUES ENCOURUS.....	- 72 -
<i>Les représentations de la cocaïne et du crack/free base chez les usagers et les non-usagers</i> .....	- 72 -
La cocaïne sous sa forme chlorydrate .....	- 72 -
Le free-base et le « crack » .....	- 74 -
La cocaïne végétale et la cocaïne synthétique.....	- 74 -
<i>La représentation des risques en lien avec cette consommation</i> .....	- 75 -
CONCLUSION .....	- 75 -
<b>INDEX</b> .....	<b>-79-</b>
<b>ANNEXE 1 : PRELUD</b> .....	<b>-83-</b>
<b>ANNEXE 2 : NEMO</b> .....	<b>-101-</b>



# Introduction au rapport de site

---

Depuis sa mise en place en 1999, le dispositif TREND<sup>1</sup> s'appuie notamment sur un réseau de sites situés en France métropolitaine. Les 7 sites appartenant au réseau sont les suivants : Bordeaux, Lille, Marseille, Metz, Paris, Rennes et Toulouse. L'ensemble de ces sites constitue un des éléments du système d'information sur les phénomènes émergents liés à l'usage de drogues du dispositif TREND.

La présente introduction vise à fournir au lecteur les éléments nécessaires à une bonne compréhension de ce rapport. La première partie traitera des objectifs du dispositif TREND dans son ensemble et des moyens qu'il utilise ou qu'il s'est forgé pour les réaliser ; la seconde s'attardera plus spécifiquement sur le réseau des sites en décrivant son fonctionnement et les outils dont il dispose pour l'élaboration des synthèses présentées dans la présente édition.

## LE DISPOSITIF NATIONAL TREND

### **Objectifs**

L'objectif du dispositif TREND est de fournir, en complément des dispositifs existants, des éléments de connaissance sur les phénomènes émergents liés aux usages de drogues. Ces éléments doivent permettre aux différents acteurs investis dans le champ de la toxicomanie, qu'ils soient médecins, travailleurs sociaux, usagers, responsables publics, de disposer d'informations précoces sur les phénomènes relevant de l'usage de drogues afin d'élaborer des réponses rapides et permettre ainsi une meilleure protection des usagers et de la population en général. Le dispositif TREND est fondé essentiellement sur la détection des phénomènes émergents, lesquels recouvrent soit des phénomènes inédits soit des phénomènes existants mais qui n'avaient pas été détectés par les systèmes d'observation en place.

Dans ce cadre, le dispositif TREND tente d'observer les évolutions à partir de six thématiques principales :

- les populations émergentes d'usagers de produits
- les modalités d'usage de produits
- les dommages sanitaires et sociaux associés à la consommation de produits
- les produits émergents
- les modalités d'acquisition de proximité
- les perceptions et représentations des produits

Pour ce faire deux espaces principaux d'investigation ont été délimités : l'espace urbain et l'espace festif.

L'espace urbain recouvre pour l'essentiel les usages et les modalités d'usage observables dans les structures d'accueil « d'accès facilité » (boutiques et programmes d'échange de seringues), les centres de soins et les lieux « ouverts » tel le monde de la rue et des squats.

L'espace festif techno désigne les lieux où se déroulent des événements festifs relevant de la culture techno, quel que soit le type d'événement, qu'il ait lieu dans le cadre d'un club, d'un technival, d'une free partie ou d'une soirée privée. Le choix d'investiguer en priorité ces deux espaces s'est fait de manière pragmatique en se fondant sur l'existence d'une tradition d'observation de l'usage de drogues s'appuyant sur des réseaux de personnes compétentes et expérimentées. Toutefois, cela ne signifie nullement que ces deux espaces épuisent à eux seuls la réalité de l'usage de drogues en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer.

### **Le réseau des sites**

Le réseau des sites TREND installé depuis l'année 2001 est placé actuellement sous la responsabilité de sept coordinations locales (ex. CIRDD<sup>2</sup>, ORS<sup>3</sup>, association...) chargées d'assurer la réalisation de la collecte des informations nécessaires à l'identification des phénomènes émergents liés à l'usage de drogues. Celles-ci ont

---

<sup>1</sup> TREND : Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues

<sup>2</sup> CIRDD : Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances

<sup>3</sup> ORS : Observatoire Régional de Santé

été mises en place après deux années de fonctionnement du dispositif afin de disposer d'un interlocuteur pour chaque site permettant d'épouser au plus près les réalités du terrain. L'objectif de ces coordinations est de garantir, en partenariat avec la coordination nationale assurée par l'équipe TREND de l'OFDT, la constitution et la pérennité d'un réseau local de collecte et d'analyse des informations et de rédiger un rapport annuel local rendant compte des évolutions constatées sur leur site.

## ***Les outils de collecte d'information***

### **Les enquêtes nationales pour les données de cadrage**

Les données de cadrage de ce rapport sont issues :

- du système SIAMOIS de l'INVS<sup>4</sup>, lequel observe l'évolution des ventes de matériel d'injection et de produits de substitution
- de l'enquête ESCAPAD de l'OFDT<sup>5</sup>, qui traite, sur la base d'une enquête quantitative, des consommations de substances psycho-actives chez les jeunes de 17 ans
- des données de l'OCRTIS<sup>6</sup>, qui portent sur les Interpellations pour Usages de Stupéfiants et les décès par surdose
- du rapport du Parquet de Rennes, qui apporte des informations relatives aux décisions prises en matière de stupéfiants.
- des données d'ILIAD de l'OFDT, qui traitent de la vente de Stéribox® et de Subutex® et du recours au système de soin.

A l'instar de ce qui se passe pour le dispositif national, qui a mis en place un partenariat avec un certain nombre de sources institutionnelles d'informations telles les CEIP, l'OCRTIS, l'INVS ou la CNAMTS, le réseau des sites bénéficie des données prodiguées par chacune des sources sus mentionnées mais déclinées à l'échelon local. Ces données, essentiellement quantitatives, permettent une mise en perspective des données qualitatives, qui composent le cœur des rapports de site.

### **Les observations ethnographiques**

Celles-ci sont réalisées dans l'espace urbain et l'espace festif techno par des enquêteurs familiers du terrain, maîtrisant les méthodes de base de l'observation et de la retranscription d'observation s'agissant de la consommation de produits psychoactifs et des phénomènes qui lui sont associés (préparation, vente, sociabilités spécifiques). Ces enquêteurs sont recrutés par le coordinateur local. Chacun est tenu de remettre chaque mois un compte-rendu de ses observations, lesquelles font l'objet chaque trimestre d'une note synthétique rédigée par le coordinateur.

### **Les enquêtes qualitatives**

Les enquêtes qualitatives reposent sur des grilles d'entretien directif adaptées à la réalité de chaque espace portant sur chacune des substances intéressant le dispositif TREND. Les substances investiguées pour les deux espaces sont les suivantes : héroïne ; buprénorphine haut dosage (Subutex®) ; sulfate de morphine (Skénan®, Moscontin®) ; Méthadone® ; codéine ; cocaïne ; crack/free base ; cannabis ; flunitrazépam (Rohypnol®) ; trihexiphenidyle (Artane®) ; autres benzodiazépines ; solvants ; ecstasy ; amphétamines ; kétamine ; LSD ; opium/rachacha ; champignons hallucinogènes, autres plantes (Datura, Salvia divinorium...).

Pour chaque produit, les thèmes abordés sont relatifs à la disponibilité, à l'accessibilité, au prix, à la préparation, au mode d'administration, aux problèmes de santé, aux caractéristiques des consommateurs, à la perception du produit, au trafic.

Pour l'espace urbain, les grilles sont remplies, par les enquêteurs. Pour l'espace festif techno, le remplissage est confié à des associations travaillant sur la réduction des risques intervenant dans l'espace festif techno. Selon le contexte les entretiens peuvent se dérouler seul ou en groupe.

---

<sup>4</sup> INVS : Institut national de veille sanitaire

<sup>5</sup> OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

<sup>6</sup> OCRTIS : Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants

## Les groupes focaux

La méthode de travail recourant à la constitution de « groupes focaux » s'inspire de la pratique de l'Organisation mondiale de la santé lors de diagnostics rapides de situation. Il s'agit de réunir des personnes ayant une thématique commune mais des pratiques et des points de vue diversifiés. Il est ainsi possible d'observer des convergences (ou des divergences) d'opinion sur l'absence, l'existence, le développement de tel ou tel phénomène. On peut ainsi produire de manière rapide et relativement légère des connaissances sur des évolutions récentes.

Les coordinateurs ont en charge jusqu'à trois groupes focaux :

↳ **Les groupes focaux sanitaires** qui rassemblent des professionnels investis dans la prise en charge sanitaire non exclusive d'usagers de drogues (psychiatre, urgentiste, infirmière, généraliste, infectiologue...). Ces groupes doivent essentiellement fournir des informations sur les phénomènes de co-morbidité associés à l'usage de drogues.

↳ **Les groupes focaux répressifs** qui réunissent des professionnels de l'application de la loi qui sont amenés à rencontrer fréquemment des usagers de drogues (police, gendarmerie, douanes, justice...). Ces groupes doivent principalement fournir des données sur les évolutions récentes du petit trafic.

↳ **Les groupes focaux composés d'usagers ou d'ex-usagers impliqués dans des groupes d'auto support.** Ces groupes doivent apporter des informations sur les produits et leurs modalités d'usage.

Les participants aux groupes focaux sanitaire et répressif sont réunis pour une séance de travail de quelques heures. Le coordonnateur et un auxiliaire sont chargés d'animer la séance tout en guidant la discussion vers les thèmes privilégiés du groupe focal. Une prise de notes détaillée est extrêmement précieuse pour la réalisation d'un compte-rendu circonstancié et d'une analyse du contenu de la discussion du groupe.

## **Les autres outils de collecte**

### SINTES

La plupart des coordinations TREND de métropole est partie prenante du système SINTES<sup>7</sup>. La base de données SINTES vise à identifier, par le biais d'analyses toxicologiques de produits psychoactifs, les nouvelles tendances (suivi épidémiologique) et les nouveaux produits (identification de molécules ou d'associations de molécules inconnues jusqu'alors). Les collectes réalisées au niveau local permettent de disposer d'informations sur la composition des drogues de synthèse qui circulent dans une région donnée.

**Le rapport qui va suivre est donc le produit de la confrontation et de la mise en perspective des données obtenues, au niveau local, grâce aux outils de collecte qui viennent d'être présentés. Cette méthode de travail, fondée sur le croisement des données, permet d'éviter la simple juxtaposition d'informations. Chaque rapport de site est le fruit d'un processus de confrontations des données disponibles aboutissant à une synthèse des faits qui paraissent les plus pertinents et les plus confirmés. Le système d'information français sur les drogues se trouve ainsi enrichi de connaissances découlant directement des observations quotidiennes des acteurs de terrain, quels qu'ils soient.**

## **Le rapport de sites**

La rédaction des rapports de site est sous la responsabilité de chacun des coordinateurs de site. Une charte de rédaction et une structure communes ont été établies conjointement par les coordinateurs et l'OFDT. Toutefois chaque site peut adapter le plan en fonction des problématiques locales. Ce rapport a trois objectifs :

- ↳ contribuer à la synthèse nationale annuelle sur les phénomènes émergents liés aux drogues en France
- ↳ être un outil d'appréhension des phénomènes émergents liés aux drogues au niveau local pour l'ensemble des personnes intéressées et particulièrement les décideurs et les professionnels
- ↳ être un outil de rétro information vers l'ensemble des acteurs du site ayant contribué à la collecte d'information.

---

<sup>7</sup> SINTES : Système National d'Identification des Toxiques et Substances

**Il est important de rappeler que les collectes d'informations réalisées concernent généralement des populations de taille restreinte, particulièrement au niveau local. L'interprétation des phénomènes décrits dans les rapports de site doit donc se faire en prenant en compte les limites méthodologiques liées à l'observation de phénomènes illicites et élusifs. La mise à disposition du lecteur de modifications précoces des drogues, de leurs usages et conséquences, pour fascinantes qu'elles puissent être, ne peut faire oublier qu'il ne s'agit que de l'un des aspects de l'observation des drogues et des toxicomanies et qu'il vient en complément de l'appareil épidémiologique classique.**

# Les contributions

---

Nous souhaitons remercier, cette année encore, les différents **usagers** qui ont participé de près ou de loin, pendant toute l'année, à la collecte des informations nécessaires à la réalisation de ce rapport et qui ont accepté de répondre aux nombreuses questions, parfois intrusives de notre part.

## Responsabilité de site

CIRDD Bretagne (Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances)

## Pour le projet TREND / SINTES

<i>Mme Amar</i>	Directrice du CIRDD, Coordinatrice du dispositif TREND-SINTES - Bretagne
<i>M Poulingue</i>	Co-Coordinateur TREND-SINTES - Bretagne
<i>M Girard et Mme Poulingue</i>	Enquêteurs, responsables d'observation en milieu festif TREND
<i>Mme Guillaume</i>	Enquêtrice, responsable d'observation en milieu urbain TREND
<i>Mme Fourdan</i>	Chargée de mission observation au CIRDD
<i>Melle Gualde</i>	Secrétaire du CIRDD
<i>Mme Léonard</i>	Secrétaire de documentation au CIRDD

**Pour la rédaction du rapport :** Chantal Amar, Gwenaëlle Boscher, Guillaume Girard, Guillaume Poulingue

Le dispositif TREND s'appuie sur **des personnes ressources** sans lesquelles l'observation et l'analyse seraient impossibles ; qu'elles en soient ici sincèrement remerciées.

## Le groupe focal sanitaire

<i>Mme Besnard</i>	CHGR Département des conduites addictives, Equipe mobile psychiatrie Précarité, Psychologue
<i>M Breger</i>	CHGR Département des conduites addictives, Equipe mobile psychiatrie Précarité, Infirmier
<i>Mme De Barbeyrac</i>	CHRU Rennes Liaison, Infirmière
<i>M Dézé</i>	CHRU Rennes, Praticien hospitalier
<i>M Jutel</i>	CHGR Département des conduites addictives, Equipe de liaison, Infirmier
<i>Mme Marit-Caille</i>	CHRU Rennes, Cadre de santé
<i>Mme Pêcheur</i>	Interm'Aides, Déléguée d'Action et de prévention auprès des usagers de drogues
<i>M Poras</i>	CHGR Département des conduites addictives, Cadre de santé, Chargé de prévention
<i>Mme Renault</i>	CHRU Service des Urgences, Cadre de santé
<i>M Rio</i>	SEA 35, Pôle précarité Insertion, Directeur
<i>Melle Salain</i>	SEA 35, Equipe relais centre ville, Puzzle, Infirmière
<i>M Villain</i>	CHGR Département des conduites addictives, Equipe de liaison, Infirmier

## Le groupe focal répressif

<i>M Colliot</i>	Direction Régionale des Douanes de Bretagne
<i>M Guillon</i>	Gendarmerie nationale, Brigade de Prévention de la Délinquance Juvenile
<i>M Le Guen</i>	Police Nationale, Brigade des stupéfiants

## Le groupe focal usagers

Les usagers anonymes qui très régulièrement au cours de l'année ont accepté de participer aux entretiens, afin d'enrichir ce dossier.

**Entretiens directifs pour le milieu urbain**

*Melle Chesnel* CHGR - Département des Conduites Addictives  
*M Jutel* CHGR - Département des Conduites Addictives, Infirmier  
*Melle Meheust* Restaurant social "Leperdit", Infirmière

**Entretiens directifs pour le milieu festif**

*M Alix, Melle Vallée, Melle Le Dorze, Melle Dérouard* L'Orange Bleue  
*M Hervieu* Free base (aides 29)  
*M Lucienne* Sid'Armor

**Les responsables des différentes structures :** ils ont permis qu'un peu de temps des professionnels de leur établissement ait été mis au service des investigations et des réunions, nécessaires à la rédaction de ce rapport.

**Les capteurs réguliers :** ils ont accepté de raconter leur vie et de répondre aux différentes questions.

*Merci à tous...*

# Synthèse de site, les faits marquants en 2006

---

## PREAMBULE

L'objectif de l'observation des tendances récentes et nouvelles drogues est de fournir des éléments de connaissance sur les usages et sur les usagers de drogues illicites ainsi que sur des phénomènes émergents qui leurs sont liés.

Deux espaces sont explorés : **l'espace urbain qui concerne principalement RENNES et l'espace festif qui recouvre majoritairement les évènements festifs techno de la BRETAGNE** mais également d'autres lieux de festivités telles des soirées privées ou des festivals.

Le dispositif TREND s'appuie sur des observations ethnographiques, sur deux groupes focaux réunissant d'une part des professionnels du secteur sanitaire et d'autre part des professionnels du secteur répressif, et sur des entretiens clef passés auprès de professionnels qui connaissent bien le public cible. La méthode de travail est fondée sur le croisement de données afin d'éviter la simple juxtaposition des faits.

Le rapport de site est le fruit d'un processus de la confrontation des données disponibles aboutissant à un résumé des faits qui paraissent les plus pertinents et les plus confirmés.

Enfin, une thématique approfondie a été réalisée en 2006 sur le site. Elle concerne l'évolution des consommations de cocaïne sur les sites bretons entre 2002 et 2006. Cette thématique fait l'objet d'un chapitre spécifique à la fin du rapport TREND.

## LES FAITS MARQUANTS

### *Les substances psycho actives*

#### Les opiacés

##### *L'héroïne*

Il est apparu en 2006, des changements en termes de prix et d'accessibilité à l'héroïne, afin probablement d'élargir sa diffusion auprès d'autres publics que les consommateurs habituels (ex. les jeunes). Ainsi, des prix plus bas et un marché de rue plus accessible sont les méthodes utilisées pour attirer de nouveaux consommateurs. Parallèlement, il semble que la qualité de l'héroïne soit en hausse sur le site, amenant parfois les usagers à interrompre leur prise en charge médicale pour en consommer à nouveau. D'autre part, il est à noter au cours de l'année, l'apparition d'une héroïne de couleur rosée, dont les effets et le prix seraient identiques à l'héroïne brune.

S'agissant des modes de consommation, ils semblent identiques à ce qui a pu être observé l'année précédente à savoir, une préférence pour la consommation par sniff et dans une moindre mesure pour l'injection. Il convient de signaler par ailleurs, que l'image de l'héroïne en tant que substance létale soit en train de changer, en raison notamment de la baisse des overdoses et de la banalisation de sa consommation à travers les mouvements festifs. Enfin, il est à noter que de nouveaux « héroïnomanes » (ayant une consommation comprise entre 2 et 3 gr. par jour), rencontrés par les professionnels du soin seraient issus du milieu festif.

##### *Le Subutex®*

En 2006 comme en 2005, le mésusage du Subutex® est toujours présent en Bretagne compte tenu de la facilité de prescription et de la baisse des prix au marché de rue. Les usagers les plus concernés par la consommation de ce produit sont les étrangers sans couverture sociale et les usagers qui souhaitent pallier la pénurie de Skénan® au marché de rue en consommant de la Buprénorphine.

### ***Le Skénan®***

Le Skénan® est moins accessible mais reste cependant disponible. Une partie du marché de rue se serait réorganisée après une période de pénurie constatée en 2005.

## **Les stimulants**

### ***L'ecstasy***

L'usage d'ecstasy apparaît banalisé parmi les consommateurs de produits psychoactifs illicites. Il est à noter toutefois en 2006, un plus grand engouement pour la cocaïne au détriment de l'ecstasy. Ce constat s'explique en partie par la qualité très variable de cette dernière qui amène les consommateurs à accroître les doses ou à ne pas fractionner les prises afin d'en garantir les effets. S'agissant de sa disponibilité, elle semble *a priori* constante.

Un des faits majeurs de l'année 2006 a été l'apparition d'un nouveau produit, nommé le « Paradise ». Sa composition divergerait selon les sources. Ainsi, certains ont indiqué que le produit était composé de MDMA et de mescaline induisant hallucinations et euphorie, tandis que d'autres présentent sa composition comme un mélange de plusieurs résidus de drogues et ayant des effets proches de ceux induit par une consommation d'amphétamines (en particulier un sentiment d'éveil). Ce produit a fait l'objet d'une analyse dans le cadre du dispositif SINTES. Les résultats ont montré que dans l'échantillon prélevé, le Paradise n'était en fait composé que de MDMA. Cette rumeur a traversé le milieu festif rennais entre le deuxième et troisième trimestre 2006.

### ***Les amphétamines-speed***

Comme observé les années précédentes, le « speed » aurait été moins disponible en 2006, hormis sur le site du technival près de Vannes. Les amphétamines auraient la réputation d'être de mauvaise qualité.

### ***La cocaïne***

La cocaïne s'est largement démocratisée et banalisée. On la retrouve dans tous les milieux sociaux et dans tous les mouvements festifs. Son image s'est améliorée ces dernières années. Son prix moyen ainsi que sa qualité sont en nette diminution alors que sa disponibilité est de plus en plus grande. Ce produit a retenu l'attention du dispositif SINTES en 2006, ainsi 40 échantillons ont pu être collectés. Les résultats obtenus ont montré d'importantes disparités entre les échantillons contenant de la cocaïne, allant d'une concentration de 0.1% à 66%. Sur les 39 analyses toxicologiques réalisées, 6 poudres ne comportaient aucune trace de cocaïne, 19 avaient une concentration inférieure à 20%, seuls 4 échantillons se situaient au dessus des 50%. Les adjuvants les plus rencontrés sont le paracétamol, la caféine, la lidocaïne, la chloroquine, la phénacétine...

L'augmentation de son usage concerne plus particulièrement l'expérimentation et l'usage récréatif. L'usage problématique ne semble pas quant à lui en hausse et demeure de type compulsif.

La consommation de free-base est en hausse. La « clope à la coke » est un mode de consommation présent sur le site depuis deux ans.

Le trafic de coke est en forte augmentation. Elle est arrivée au sein du marché de rue ces dernières années. On assisterait à une « reconversion » des dealers de cannabis. Il s'agirait des mêmes filières qui considéreraient que la revente de coke est plus lucrative que celle du cannabis.

## **Les hallucinogènes**

### ***Le cannabis***

Le cannabis est un produit très fortement répandu parmi les usagers bien que sa disponibilité soit très aléatoire. Des périodes de pénurie ont pu être observées sur l'année, notamment au cours du second semestre. La consommation en bang est toujours très présente dans les milieux urbain et festif.

Autre fait marquant en 2006, la diffusion d'une rumeur faisant état de la présence sur le site de Rennes d'une herbe de cannabis coupée avec « du verre pilé ». Relayée par internet et par la presse écrite, régionale et nationale, la rumeur stipulait que la consommation aurait provoqué plusieurs hospitalisations dans les hôpitaux de la région, ce que le CHU de Rennes a démenti. Une collecte de cette herbe a été organisée dans le cadre du dispositif SINTES en septembre 2006 afin de procéder à une analyse. Les résultats ont montré une

présence de quartz ainsi que de microbilles de verres. La masse totale du produit de coupe représenterait presque la moitié de la masse totale de l'échantillon. L'alourdissement du produit par la présence de quartz ou de microbilles de verres, permettrait de faire de plus amples bénéfices.

### ***Le LSD***

Observé en 2005 pour la première fois en Bretagne, plusieurs témoignages ont corroboré la présence d'acide sous la forme de gélatine au mois d'août et de septembre 2006. Les effets décrits seraient d'une forte intensité. Sa disponibilité ne serait pas régulière et serait associée à des manifestations festives et à certains rassemblements musicaux (grosses soirées techno par exemple). Une collecte de LSD sous cette forme gélatineuse dans le cadre du SINTES a été effectuée en août 2006, l'analyse toxicologique a démontré une présence de LSD, mais en faible quantité. Il a également été observé courant mars, du LSD sous forme liquide.

### ***La Kétamine***

En 2006, la kétamine a été quasiment absente du milieu urbain et peu disponible en milieu festif.

### ***Les champignons hallucinogènes***

Les champignons ont une disponibilité constante sur le site. L'auto production serait toujours présente.

## **Les médicaments hors protocole médicaux**

### ***L'artane®***

L'artane® est un produit qui revient « à la mode » et qui semble disponible en marche de rue.

### ***Le Valium®***

Le Valium® semble toujours présent à Rennes, mais dans des quantités moindres qu'en 2005. En revanche, la prise par voie injectable semble en net recul, probablement en raison des importantes dégradations du réseau veineux causées par ce mode d'administration. La solution buvable serait le mode de consommation le plus utilisé dorénavant. Enfin, ce produit semble être consommé par des personnes en très grande précarité compte tenu de son faible coût et de sa facilité de prescription.

### ***Le Rivotril®***

Le mésusage de Rivotril® serait en nette augmentation par rapport à 2005, bien qu'il ne semble pas exister de marché de rue pour ce produit. Il est à noter une forte augmentation des dommages sanitaires notamment suite à l'arrêt brutal de la consommation.

## ***Les consommateurs en milieu urbain***

### **Rajeunissement de la population féminine consommatrice et en errance**

Une féminisation, ainsi qu'une baisse de l'âge de la primo-consommation et des consommations intensives, est unanimement rapportée par les acteurs du soin. Des mises en danger et des prises de risques massives chez des jeunes filles mineures sont notamment recensées par les professionnels des structures de premières lignes.

### **La problématique des grossesses prégnante chez les consommatrices de substances psychoactives**

La problématique des grossesses chez les consommatrices au cours de l'année 2006 a été prégnante au sein des structures d'accès facilité. Plusieurs femmes ont ainsi été suivies courant 2006. Deux d'entre elles ont pu mener leur grossesse à terme sans problème majeur. Les enfants ont été sevrés à la naissance. Les deux autres ont rencontré davantage de difficulté allant jusqu'à la perte du bébé dans l'un des cas.

## ***Le milieu festif***

### **Un cadre législatif plus souple concernant les free party**

En 2006, deux teknivals ont été autorisés en Bretagne, l'un sur l'aérodrome de Vannes-Meucon en juillet, l'autre sur la commune de Rennes en marge des Transmusicales (début décembre). Les « frees », quant à elles, se sont multipliées. Ainsi l'une d'elles, en Mai, a rassemblé 12 000 personnes au lieu des 1 000 officiellement attendues. En outre, il convient de signaler la mise en application du décret du 21 mars 2006 relatif aux modalités d'organisation des rassemblements festifs permettant désormais d'organiser un rassemblement de moins de 500 personnes (au lieu de 250 précédemment) sans déclaration auprès de la préfecture, sous réserve notamment, d'avoir l'autorisation du propriétaire du site.

### **Une communication médiatique plus importante sur les dispositifs répressifs**

La communication médiatique sur les dispositifs répressifs mis en place autour de certains événements, et notamment lors du teknival de Vannes-Meucon (fouilles poussées à l'entrée du site à l'aide de chiens, contrôles d'alcoolémie et de stupéfiants pour les conducteurs à la sortie...) semble dissuader certains participants de consommer.

### **Des interpellations au sein même des événements festifs**

Il a été observé cette année, à la fois par les acteurs de la réduction des risques et les capteurs en milieu festif, une répression accrue au sein de certains gros événements festifs. En effet, qu'il s'agisse du teknival près de Vannes ou à Rennes, les interventions des forces de l'ordre sur le site, pendant les festivités, et notamment la nuit semblent s'être fortement accentuées. Les dealers vendant « à la criée » seraient les premiers concernés.

## ***Les interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants***

### **Les alternatives aux poursuites et les décisions de poursuites**

Au cours de l'année 2006, **une soixantaine de personnes** dont il a été établi que leur consommation de stupéfiants (quel que soit le produit consommé) était très importante, ont fait l'objet d'une **alternative aux poursuites**. Celle-ci se traduit par une convocation devant le substitut du Procureur en charge des stupéfiants qui fait un rappel à la loi, puis par une consultation avec un médecin agréé de la DDASS présent au tribunal le jour de l'audience.

D'autre part, **286 affaires ont donné lieu à des décisions de poursuites devant le tribunal correctionnel**, étant noté que si ce chiffre apparaît comme inférieur à celui de l'année 2005 (345 affaires poursuivies), il doit être mis en relation avec la baisse des procédures nouvelles enregistrées et avec l'augmentation des décisions de composition pénale (21 affaires), qui tendent à se développer en tant que mesure se situant entre le classement et les poursuites pures.

En outre, **les poursuites par la voie de la comparution immédiate restent élevées**, marquant ainsi la volonté du Parquet de Rennes d'apporter une réponse immédiate aux personnes interpellées avec d'importantes quantités de produits stupéfiants sans que les éléments de l'enquête permettent de remonter vers les fournisseurs, ou à celles interpellées dans le cadre de cession de petites quantités de stupéfiants mais sur la voie publique, et alors qu'ils sont déjà connus des services de police.

### **Les ouvertures d'information**

Les ouvertures d'information **restent limitées pour l'année 2006 en matière de stupéfiants** (12 affaires), ceci s'explique par le souhait toujours constant de ne saisir un juge d'instruction qu'en cas d'éléments significatifs relevés dans le cadre de l'enquête initiale, démontrant la possibilité d'identifier d'autres trafiquants ou d'établir un trafic d'ampleur. Dans les cas contraires, la poursuite de l'enquête dans le cadre du préliminaire, où des poursuites sous un mode rapide, sont privilégiées.

# Point de repères sur le site

---

## LA BRETAGNE

La Bretagne avec 3 millions d'habitants, représente 5 % de la population française (7<sup>ème</sup> rang). La part des 25-59 ans est une des plus faibles de France. La Bretagne vieillit : en moins de dix ans, l'âge moyen est passé de 37 à 39 ans. Toutefois, ce vieillissement n'empêche pas les quatre départements bretons de se situer parmi les premiers départements français en termes de taux de croissance démographique<sup>8</sup>.

La Bretagne présente un faible taux de chômage (7,6 % vs 9 % au niveau national pour l'ensemble de la population active) et une population jeune plutôt diplômée, fortement scolarisée avec notamment le meilleur taux de réussite au baccalauréat de France. Selon l'enquête "La santé des étudiants 2005-2006" (EPSE, LMDE, Mutualité Française), la proportion de bacheliers était de 70.4% en Bretagne contre 61.8% en France métropolitaine.

## LE DEPARTEMENT D'ILLE-ET-VILAINE

Le département d'Ille-et-Vilaine compte 930 000 personnes<sup>9</sup>, deux agglomérations principales : Rennes, dixième ville française avec 212 494 habitants et Saint-Malo, avec 53 000 habitants. La situation économique est dans l'ensemble favorable. L'importance de la population étudiante et lycéenne rennaise doit être soulignée. Concernant les déplacements de population, le département -comme la région- attirent des flux saisonniers, notamment de populations jeunes, liés aux festivals, dont les plus célèbres sont les Transmusicales (décembre - Rennes), la Route du Rock (août - St Père-Marc-en-Poulet), et Les tombées de la Nuit (juillet - Rennes). Les départements voisins attirent également de nombreuses foules de festivaliers, notamment l'été (Festival Interceltique de Lorient, Les Vieilles Charrues à Carhaix, le Pont du Rock à Malestroit, Arts Rocks à Saint-Brieuc, Astropolis à Brest etc.). Dans le domaine plus underground, les nombreuses free parties qui avaient cours auparavant ont disparu, au profit de petites soirées privées qui rassemblent de 20 à 200 personnes.

## LA METROPOLE RENNAISE

La métropole rennaise, composée de 37 communes, accueillait en 1999, 364 596 habitants<sup>10</sup>, soit 42 % de la population du département. La ville de Rennes, pour sa part représente 24 % de la population d'Ille-et-Vilaine, et 57 % de la population de la métropole.

Ces proportions sont différentes pour les 18-25 ans, et attestent d'une très forte attraction urbaine : Rennes Métropole accueille 58 % des 18-25 ans du département, soit 64 602 jeunes. La ville de Rennes en accueille 42 %, soit 46 487 jeunes ; elle concentre 72 % des jeunes de la métropole.

Cette attraction urbaine pour les 18-25 ans se manifeste par d'importants écarts entre le nombre de 10-17 ans et le nombre de 18-25 ans. Dans la ville de Rennes, par exemple, pour 16 103 adolescents âgés de 10 à 17 ans, on compte 41 046 jeunes de 18 à 25 ans, soit 2,5 fois plus de jeunes que d'adolescents. Cette tendance est inversée pour toutes les communes périphériques, qui comptent sur leur territoire plus d'adolescents que de jeunes. La présence de gros pôles universitaires sur la ville de Rennes explique probablement pour partie cette « fuite » des jeunes vers la ville centre.

---

<sup>8</sup> Données INSEE « La France et ses régions : 2002-2003 »

<sup>9</sup> Résultats INSEE estimés au 1<sup>er</sup> janvier 2005

<sup>10</sup> Source INSEE, 1999

## LA CONSOMMATION DES JEUNES EN BRETAGNE

Les consommations de substances licites et illicites des jeunes présentées ci-après sont issues d'une enquête réalisée par l'OFDT sur la période 2004-2005 auprès des jeunes de 17 ans dans le cadre de la journée d'appel de la préparation à la défense (ESCAPAD 2004/2005)<sup>11</sup>. Ainsi selon cette enquête, la consommation quotidienne de tabac<sup>12</sup> chez les jeunes se situe au dessus de la moyenne nationale. L'usage régulier d'alcool<sup>13</sup> contrairement à l'enquête 2002/2003 est dans la moyenne française, mais ce sont surtout les ivresses répétées<sup>14</sup>, au-dessus de celles du reste du pays, qui distinguent la Bretagne comme un cas unique en France concernant la consommation d'alcool. La boisson privilégiée des jeunes en Bretagne comme dans le reste de la France est la bière. Selon l'enquête réalisée auprès des étudiants (La santé des étudiants 2005-2006) 22.1% des étudiants déclarent consommer de la bière une à deux fois par semaine contre 16.8% en moyenne. Le cannabis quant à lui s'avère très diffusé en Bretagne : son expérimentation<sup>15</sup> y est fréquente et ses usages sont parmi les plus élevés mesurés en France, notamment l'usage régulier. Les niveaux d'expérimentation des autres produits psychoactifs sont par ailleurs, plus importants en Bretagne que dans les autres régions de France notamment pour ce qui concerne les champignons hallucinogènes, l'ecstasy, l'héroïne, la cocaïne et les poppers.

### Taux de consommateurs de substances psychoactives chez les jeunes de 17 ans en Bretagne et dans les autres régions de France (%)

	Bretagne (%)	Reste de la France (%)	Signific.	Classement en métropole (sur 22 régions)	Progression par rapport à 2002/2003
<b>Tabagisme quotidien</b>	39	33	***	3	↘ ***
<b>Usage régulier d'alcool</b>	12	12	<i>ns</i>	16	↘ **
<b>Ivresses répétées</b>	48	26	***	1	↗ ***
<b>Usage régulier de cannabis</b>	14	10.8	***	1	<i>ns</i>
<b>Expérimentation de poppers</b>	7	5.5	**	-	↗ *
<b>Expérimentation de champignons hallucinogènes</b>	6	3.7	***	-	<i>ns</i>
<b>Expérimentation d'ecstasy</b>	6	3.5	***	-	<i>ns</i>
<b>Expérimentation de cocaïne</b>	4	2.5	***	-	↗ **
<b>Expérimentation d'héroïne</b>	1	0.7	**	-	<i>ns</i>

Les symboles \*, \*\*, \*\*\* indiquent qu'au test du  $\chi^2$ , l'écart est significatif respectivement au seuil 0.05, 0.01 et 0.001 et *ns* indique que la différence est non significative pour les données régionales et nationales, et pour les données de 2004/2005 et 2002/2003.

Source : ESCAPAD 2002-2003, et 2004-2005 OFDT, 2005

<sup>11</sup> Beck, F., Legleye, S., Le Nezet, o. & Spilka, S. (2007), Analyse régionale ESCAPAD 2005, OFDT.

<sup>12</sup> L'usage régulier de tabac désigne une consommation quotidienne au cours des 30 derniers jours

<sup>13</sup> L'usage régulier désigne le fait de déclarer avoir pris au moins 10 fois un produit au cours des 30 derniers jours

<sup>14</sup> L'ivresse répétée désigne le fait de déclarer avoir été ivre au moins 3 fois durant les douze derniers mois

<sup>15</sup> L'expérimentation désigne le fait de déclarer avoir déjà pris un produit au cours de la vie, quel que soit le nombre de consommations

# LES INTERPELLATIONS POUR INFRACTION A LA LEGISLATION SUR LES STUPEFIANTS

## En Bretagne

D'après le rapport OCRTIS, on comptait en 2005 en Bretagne 3 462 interpellations pour Infraction à la Législation sur les Stupéfiants (ILS). 93.9 % des interpellations d'usagers sont liées à un usage de cannabis. Le département d'Ille-et-Vilaine est sur-représenté dans ces chiffres régionaux s'agissant des ILS (tous types d'infractions confondus), avec 1187 interpellations (soit 34.29% des interpellations).

En Bretagne, les interpellations pour usage de cannabis ont diminué de 2 % par rapport à 2004, la baisse était de 4% entre 2000 et 2005. Le quotidien Ouest-France relatait pourtant en mars 2006 une très grosse saisie de cannabis sur la région : 116kg aurait été saisis dans le Finistère, celui-ci provenait de Hollande. Il est à noter la très forte progression des interpellations pour usage des cannabis dans les Côtes d'Armor (contrairement aux autres départements bretons) entre 2004 et 2005 : + 97%, passant ainsi de 289 à 569 usagers interpellés.

Les interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy ont diminué de 14 % par rapport à 2004, et de 28 % entre 2000 et 2004. On est passé de 168 usagers interpellés en 2004 à 144 en 2005 à l'échelle régionale. S'agissant plus précisément de l'ecstasy, une saisie de 80 000 cachets a eu lieu en septembre 2006 dans le Finistère, selon le quotidien Ouest-France, les cachets seraient en provenance de Hollande. Enfin, comme pour le cannabis, la baisse des interpellations constatée dans les départements bretons concerne tous les départements hormis les Côtes d'Armor.

### Répartition des interpellations d'usagers par produit et par département, 2005

	Cannabis	Héroïne	Cocaïne	Ecstasy	Autres	TOTAL	Part du cannabis
<b>Côtes d'Armor</b>	569	6	6	12	7	600	94.83%
<b>Finistère</b>	593	17	10	19	3	642	92.37%
<b>Ille-et-Vilaine</b>	864	17	12	17	12	922	93.71%
<b>Morbihan</b>	547	11	11	6	2	577	94.80%
<b>Bretagne</b>	<b>2573</b>	<b>51</b>	<b>39</b>	<b>54</b>	<b>24</b>	<b>2741</b>	<b>93.87%</b>

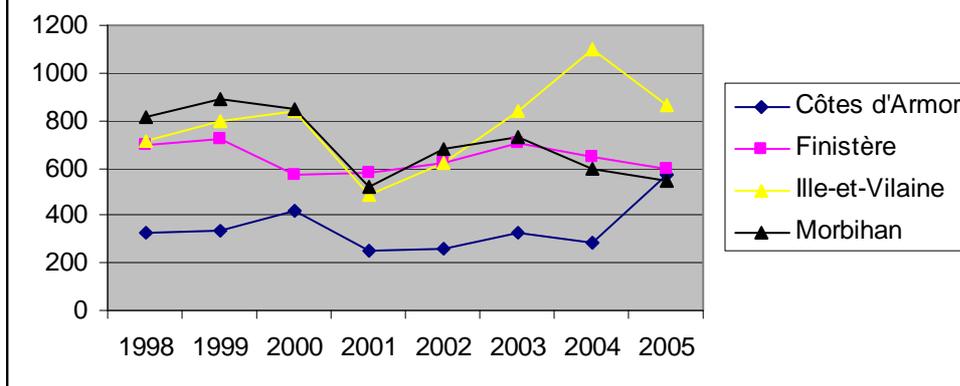
Source : OCRTIS 2005

### Interpellations pour usage de cannabis dans les 4 départements bretons

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Progression 2000/2005	Progression 2004/2005
<b>Côtes d'Armor</b>	326	336	423	250	262	326	289	569	34.52%	96.88%
<b>Finistère</b>	698	724	568	579	618	705	646	593	4.4%	-8.20%
<b>Ille-et-Vilaine</b>	716	800	841	490	623	837	1 101	864	2.73%	-21.50%
<b>Morbihan</b>	817	887	847	519	677	726	595	547	-35.5%	-8.07%
<b>Bretagne</b>	<b>2 557</b>	<b>2 747</b>	<b>2 679</b>	<b>1 838</b>	<b>2 180</b>	<b>2 594</b>	<b>2 631</b>	<b>2 573</b>	<b>-4%</b>	<b>-2%</b>

Sources : OCRTIS 2003, 2004 et 2005

### Répartition des interpellations pour usage de cannabis dans les quatre départements bretons



Sources : OCRTIS 2003, 2004 et 2005

### Interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy dans les 4 départements bretons

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Progression 2000/2005	Progression 2004/2005
<b>Côtes d'Armor</b>	8	9	41	17	8	16	17	24	-41%	41%
<b>Finistère</b>	28	10	44	35	44	80	55	46	5%	-16%
<b>Ille-et-Vilaine</b>	31	25	85	35	24	63	59	46	-46%	-22%
<b>Morbihan</b>	26	36	29	60	36	45	37	28	-22%	-24%
<b>Bretagne</b>	<b>93</b>	<b>80</b>	<b>199</b>	<b>147</b>	<b>112</b>	<b>204</b>	<b>168</b>	<b>144</b>	<b>-28%</b>	<b>-14%</b>
<b>France</b>	<b>11 272</b>	<b>10 025</b>	<b>10 501</b>	<b>8 679</b>	<b>6 349</b>	<b>8 183</b>	<b>7 847</b>	<b>8 565</b>	<b>-18%</b>	<b>9%</b>

Sources : OCRTIS 2003, 2004 et 2005

Dans les tableaux ci-dessus des disparités apparaissent entre les différents départements bretons en termes d'interpellations pour usage de cannabis, héroïne, cocaïne (etc.) et notamment en ce qui concerne le département des Côtes d'Armor. « Plusieurs éléments explicatifs peuvent être mis en avant pour expliquer ces disparités. Ceux-ci ne prétendent pas être exhaustifs, mais apportent un éclairage quant aux données chiffrées. Il est par ailleurs, important de préciser que les faits rapportés ici concernent principalement la zone Police du département et plus particulièrement la ville de St Brieuc. Or les données chiffrées concernent l'ensemble du département. C'est donc une combinaison de plusieurs facteurs qui peut expliquer cette augmentation du taux d'interpellation pour usage. Le premier facteur concerne la sensibilisation des effectifs de terrain. La mise en place du Plan gouvernemental 2004-2008 contre les drogues, l'alcool et le tabac a été relayée au niveau départemental par un plan à cet échelon géographique. Un des points principaux de ce plan, en ce qui concerne les forces de Police, est le rappel à la loi, qui se fait notamment en établissant de manière beaucoup plus systématique une procédure, même pour des détentions de petites quantités de substances illicites. Si cela a toujours été systématique pour des produits comme l'héroïne, l'ecstasy et la cocaïne, les policiers de terrain en Sécurité Publique avaient tendance, eux aussi et à leur niveau, à « participer à la banalisation ambiante » du cannabis, en écrasant les petites quantités dites « crottes de nez » sur le trottoir, en mettant en garde verbalement les usagers, et à ne pas établir de procédure, le résultat étant jugé nul par rapport au travail de procédure à fournir. Cet état d'esprit a changé avec la sensibilisation des effectifs à la nécessité de rappeler à l'usager, souvent jeune, à travers une conduite au poste, une audition et un avis aux parents pour les mineurs, de manière concrète, l'interdit qui pèse sur le cannabis, interdit qui n'apparaissait pas évident aux usagers interpellés. Cette procédure est aussi l'occasion, pour des récidivistes notamment, de se voir proposer l'alternative aux poursuites via des consultations spécifiques. Le second facteur relève davantage d'une raison opérationnelle. 2004/2005 est une période charnière pour la sécurité publique en Côtes d'Armor. Un redéploiement des forces de Police et de Gendarmerie dans le département a conduit à faire « grossir » la principale circonscription de Police de St Brieuc qui est passée environ de 50 000 à 75 000 habitants, entraînant une réorganisation complète du service. Une quarantaine de

*Policiers supplémentaires a été affectée à St Briec, des « secteurs » ont été créés, avec sur chacun d'eux, des Policiers « fidélisés » sur le principe de la police de Proximité. Les moyens de surveillance ont aussi évolué. En plus de la traditionnelle patrouille en voiture, se sont ajoutées des patrouilles en VTT et pédestres, plus au contact du terrain, plus discrètes. De nombreux usagers ont déclaré avoir été « surpris » par l'arrivée des policiers, discrets, silencieux. En plus de ces moyens, la fidélisation sur un secteur permet au policier de mieux connaître le terrain, de repérer des habitudes, des points d'ancrage, d'entendre les doléances des populations, les circuits etc... le tout, associé à une sensibilisation sur le rappel à la loi, est peut-être aussi une explication valable.*

*Le troisième élément concerne le comportement des usagers interpellés. Beaucoup d'entre eux pensaient ne pas être dans l'illégalité au moment de l'interpellation (cela semble avoir changé depuis). Une présence plus fine, mieux ciblée, associée à un manque criant de méfiance et de prudence des usagers qui pour certains fumaient appuyés contre la grille de leur lycée, ou dans leur voiture sur le parking de l'établissement scolaire, expliquent, du moins pour une très grande part, cette flambée des interpellations.*

*Enfin, le dernier point s'intéresse à une population dite marginale. Il est observable à St Briec, une population de rue très présente, certains étant dans la mouvance « punk », d'autres plutôt tournés vers le style « techno ». Des « voyageurs », vivant à bord de fourgons ont aussi été repérés. Les différents styles semblent se rencontrer, et fréquenter les mêmes points de fixation dans la rue. Faisant souvent l'objet de plaintes réitérées de la part de riverains, ils ont souvent été contrôlés, et trouvés porteurs de produits interdits. C'est souvent sur cette population que sont retrouvés des produits comme, la cocaïne et les « ecstasy », ou encore des comprimés contenant des dérivés amphétaminiques. L'augmentation sensible des interpellations d'usagers concernant ces produits, auxquels il fait ajouter l'héroïne, est en grande partie due à la présence assez sensible de cette population, très contrôlée par moment »<sup>16</sup>.*

## **A Rennes<sup>17</sup>**

### **Les décisions en matière de stupéfiants sur la période 2005-2006 au parquet de Rennes**

	<b>2005</b>	<b>2006</b>
<b>Procédures nouvelles enregistrées</b>	1 319	1 048
<b>COPJ<sup>18</sup></b>	153	154
<b>CRPC<sup>19</sup></b>	17	15
<b>Citation Directe</b>	91	59
<b>Comparution immédiate/CPPV<sup>20</sup></b>	63/4	56/2
<b>Ouverture d'information</b>	8	12
<b>Classement sans suite tous motifs</b>	Non renseigné	349
<b>- dont procédures alternatives</b>	Non renseigné	247
<b>- dont composition pénale</b>	Non renseigné	21

Source : Parquet de RENNES

#### ***Le classement sans suite et les alternatives aux poursuites***

*Désormais, et conformément aux prescriptions figurant dans la circulaire du 8 avril 2005, les classements sans suite de pure opportunité ainsi que les classements après rappel à la loi par officier de police judiciaire sont extrêmement rares, et uniquement réalisés de façon ponctuelle, concernant une personne interpellée pour la première fois, avec une quantité infime de produits stupéfiants et ne reconnaissant qu'un usage exceptionnel de ce produit.*

*Le principe est donc de convoquer tout usager de stupéfiants, même trouvé en possession de très petites quantités de drogue, devant un **délégué du Procureur, chargé à la fois de lui faire un rappel à la loi et de***

<sup>16</sup> Données commentées par Monsieur Lorrain, Lieutenant de Police, DDSP 22

<sup>17</sup> Extrait du « rapport annuel stupéfiants 2006 », Parquet du Tribunal de Grande Instance de Rennes

<sup>18</sup> COPJ : convocation par un officier de police judiciaire

<sup>19</sup> CRPC : Comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité

<sup>20</sup> CPPV : Convocation par procès verbal

*L'orienter vers une structure sanitaire, le mis en cause devant fournir ensuite un justificatif de consultation auprès d'un centre spécialisé.*

*Par ailleurs, pour les individus pour lesquels il est établi une consommation très importante de stupéfiants, et quel que soit le produit consommé, **une convocation devant le substitut du Procureur en charge des stupéfiants** leur est remise. Une audience par mois est ainsi organisée, avec un rappel à la loi par ce magistrat, puis **une consultation avec l'un des deux médecins agréés de la DDASS** présents au tribunal le jour de l'audience. Soit le parquetier décide d'une simple invitation à soins, soit il décide d'une véritable injonction thérapeutique selon les situations qui lui sont présentées. Au cours de l'année 2006, une soixantaine de personnes ont fait l'objet d'une telle alternative aux poursuites.*

### **Les décisions de poursuites**

*Au cours de l'année 2006, **286 affaires au total ont donné lieu à des décisions de poursuites devant le tribunal correctionnel**, étant noté que si ce chiffre apparaît comme inférieur à celui de l'année 2005 (345 affaires poursuivies), il doit être mis en relation avec la baisse des procédures nouvelles enregistrées et avec l'augmentation des décisions de composition pénale (21 affaires), qui tendent à se développer en tant que mesure se situant entre le classement et les poursuites pures.*

*En outre, **les poursuites par la voie de la comparution immédiate** restent élevées, marquant ainsi la volonté du Parquet de Rennes d'apporter une réponse immédiate aux personnes interpellées avec d'importantes quantités de produits stupéfiants sans que les éléments de l'enquête permettent de remonter vers les fournisseurs, ou à celles interpellées dans le cadre de cession de petites quantités de stupéfiants mais sur la voie publique, et alors qu'ils sont déjà connus des services de police. Sur ce dernier point, il convient de relever la qualité des surveillances mises en place très régulièrement par les services de police de Rennes, ayant permis d'endiguer le phénomène des cessions de stupéfiants au niveau de la Place (...) à Rennes. Si le phénomène tend à se déplacer dans la rue (...), de nouvelles surveillances ont pu se mettre en place sur ce secteur, permettant des interpellations, et démontrant aux dealers une présence policière forte et des suites judiciaires conséquentes en cas de cession établie.*

### **Les ouvertures d'information**

*Si elles **restent limitées pour l'année 2006 en matière de stupéfiants** (12 affaires), ceci s'explique par le souhait toujours constant de ne saisir un juge d'instruction qu'en cas d'éléments significatifs relevés dans le cadre de l'enquête initiale, démontrant la possibilité d'identifier d'autres trafiquants ou d'établir un trafic d'ampleur. Dans les cas contraires, la poursuite de l'enquête dans le cadre du préliminaire, où des poursuites sous un mode rapide, sont privilégiées.*

## **LES DECES LIES A L'USAGE DE DROGUES**

Afin d'évaluer le nombre de décès par surdose, le rapport OCRTIS s'appuie sur plusieurs sources d'informations : le rapport D.R.A.M.E.S.<sup>21</sup>, les données de l'I.N.S.E.R.M. et de l'OCRTIS. « *Les résultats de D.R.A.M.E.S. permettent de constater une tendance à la diminution des cas de décès par overdose. Les stupéfiants illicites, notamment l'héroïne et la cocaïne sont retrouvés dans la majorité des décès. Les poly intoxications et les associations aux psychotropes licites, en particulier les benzodiazépines, sont très fréquentes. Les traitements de substitution de la dépendance aux opiacés sont également impliqués, même si le nombre de cas recueillis concernant ces produits s'infléchit nettement* ». Selon cette enquête, en France en 2005, la moyenne d'âge des personnes décédées par overdose est de 31 ans pour les hommes comme pour les femmes ; 80 % des décès concerne les hommes. Selon l'enquête O.C.R.T.I.S. en 2005, l'âge moyen des overdoses est de 31.26 ans et concerne dans 74% des cas, des hommes.

La baisse du nombre d'overdoses constatée par l'enquête D.R.A.M.E.S. en 2005 confirme la tendance indiquée dans le rapport O.C.R.T.I.S. 2004 : globalement en France les décès liés à l'usage de drogues sont en diminution depuis 2001 : -10,83% en 2001 ; -9,34% en 2002 ; - 8,25% en 2003 ; -22,47 % en 2004. En Bretagne les chiffres sont restés stables de 1999 à 2004, hormis un pic en 2003 (7 décès).

---

<sup>21</sup> D.R.A.M.E.S. est une étude réalisée annuellement et qui recueille auprès de 16 experts médico-légaux volontaires, répartis sur l'ensemble du territoire français, les cas de décès survenant chez les toxicomanes. Ces experts réalisent des analyses toxicologiques dans le cadre d'une recherche des causes de la mort à la demande des autorités judiciaires.

## LE DISPOSITIF DE SOINS ET DE REDUCTION DES RISQUES

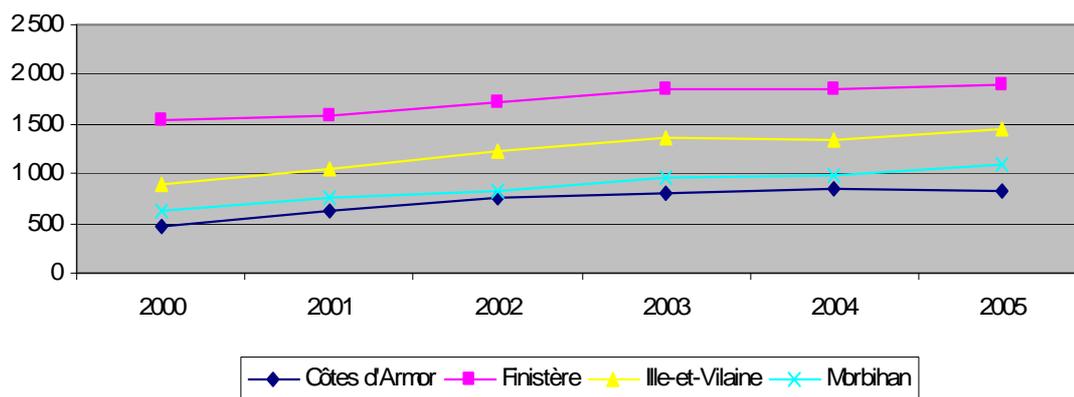
En Bretagne, les ventes officinales de seringues et produits de substitution aux opiacés destinés aux usagers de drogues par voie intraveineuse sont en progression régulière et continue depuis 2000. On note une augmentation du nombre estimé d'usagers de drogues sous Subutex® (+49.6% entre 2000 et 2005 et +5.3% entre 2004 et 2005)<sup>22</sup>. S'agissant du nombre d'usagers estimés sous Méthadone®, une progression de 26.3% entre 2004 et 2005 est à noter en Bretagne, tandis qu'en France celle-ci est de 17.15%.

**Estimation du nombre d'usagers sous Subutex® (8,10,12 mgJ BHD)**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Côtes d'Armor</b>	471	635	758	804	840	835
<b>Finistère</b>	1 542	1 587	1 724	1 853	1 853	1 905
<b>Ille-et-Vilaine</b>	884	1 051	1 228	1 363	1 339	1 443
<b>Morbihan</b>	625	758	828	959	972	1 085
<b>Bretagne</b>	3522	4031	4538	4979	5004	5268
<b>France</b>	130 364	186 529	197 761	210 514	214 795	215 225

Source : InVs à partir des données du GERS

**Estimation du nombre d'usagers sous Subutex® (8,10 ou 12 mgJ)**



Source : InVs à partir des données du GERS

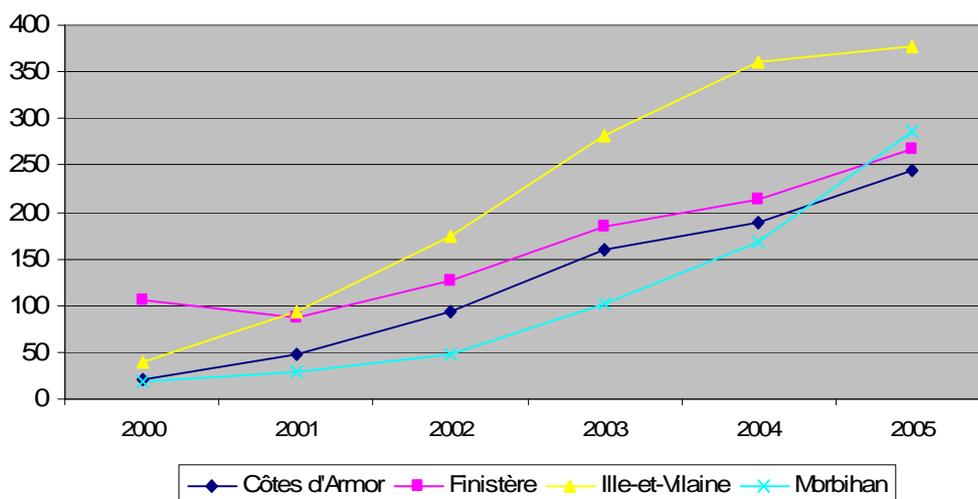
**Estimation du nombre d'usagers sous Méthadone® (60, 80, 100 mgJ de méthadone®)**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Côtes d'Armor</b>	21	47	94	160	188	244
<b>Finistère</b>	106	87	126	184	214	267
<b>Ille-et-Vilaine</b>	40	94	175	282	360	377
<b>Morbihan</b>	19	28	47	102	168	287
<b>Bretagne</b>	186	256	442	728	930	1175
<b>France</b>	10 696	13 928	17 724	22 149	25 766	30 186

Source : InVs à partir des données du GERS

<sup>22</sup> En France, le nombre d'usagers estimés sous Subutex® a progressé de entre + 65.1% 2000 et 2005 et de 0.2% entre 2004 et 2005

## Estimation du nombre d'usagers sous Méthadone® (60,80 ou 100mgJ de méthadone®)



Source : InVs à partir des données du GERS

### ***Le dispositif spécialisé en milieu urbain***

#### **Les centres « méthadone »**

Le département des conduites addictives (DCA) du centre hospitalier spécialisé de Rennes, gère plusieurs services : une unité d'hospitalisation pour les personnes souffrant de maladie alcoolique, un centre de cure ambulatoire en alcoologie, un centre de soins spécialisés en toxicomanie, des équipes de liaison, des appartements thérapeutiques, deux centres de délivrance de Méthadone® et des consultations cannabis.

En 2004, le DCA a mis en place sur Rennes un centre méthadone d'accès facilité. Par le biais d'un protocole allégé des conditions d'induction à la Méthadone®, il permet à des personnes dépendantes aux opiacés d'avoir plus facilement un traitement de substitution. Les usagers bénéficiant de l'accès facilité doivent se présenter tous les jours au centre (excepté le dimanche). L'arrêt des consommations n'est pas exigé. Un dosage urinaire minute permet de déterminer la dépendance aux opiacés et la dose à prescrire. La file active des deux centres méthadone en 2006 est de 318 personnes, dont 106 au centre méthadone d'accès facilité et 212 en « haut seuil ».

#### **L'activité de l'échange de seringues**

Sur Rennes, l'essentiel de l'activité de l'échange de seringues est réalisé par :

↳ deux distributeurs, récupérateurs de seringues gérés par l'Association d'Aide aux Toxicomanes, de Prévention et de Formation (AATPF) mis en place dans la ville de Rennes. Ainsi en 2006, 11 784 Stéribox® ont été distribués (soit 23 568 seringues) contre 7 440 en 2005 (14 880 seringues). Une augmentation de 58% a été constatée entre les deux années. L'une des hypothèses émises pour expliquer cette augmentation est un accroissement du nombre d'injecteurs de cocaïne sur le site de Rennes, correspondant à une plus grande disponibilité de ce produit et à une banalisation des consommations.

↳ un programme d'échange de seringues (PES) géré par l'Association Aides (73 811 seringues ont été distribuées en 2006, contre 73 022 en 2005 (+1%). La file active en 2006 était de 210 personnes (soit 2664 passages). Le taux de récupération de seringues usagées est pour l'année 2006 de 81%, cette donnée est stable depuis 2005.

L'augmentation de la distribution de seringues pour la ville de Rennes entre 2005 et 2006 (+9 477 seringues), est essentiellement liée aux distributeurs du centre ville de Rennes.

Concernant la diffusion de ce matériel au sein du milieu festif, notamment via l'association de Réduction des Risques L'Orange Bleue, peu d'évolution sur cette même période 2005-2006 a pu être notée. Ainsi en 2006, 789 kits d'injection ont été diffusés au cours des 71 nuits d'intervention (environ 11 kits par nuit) tandis qu'en 2005, 816 kits ont été diffusés en 62 nuits (environ 13 kits par nuit). Il serait hasardeux d'émettre ici des hypothèses quand à cette faible évolution observée en milieu festif contrairement au milieu urbain. Des observations sur plusieurs années seront nécessaires pour interpréter plus facilement les tendances qui se dégageront.

Il est à noter que le PES<sup>23</sup> a obtenu l'agrément CAARRUD<sup>24</sup> depuis novembre 2006. « *Ce changement de statut permet d'envisager à plus long terme les orientations du dispositif (...). Il a permis durant cette année de développer certaines missions (...). Des partenariats ont été mis en place et des actions ont été renforcées : Intégration dans un dispositif mobile de prévention en milieu festif, développement de l'accompagnement social, sensibilisation des usagers vis-à-vis de leur implication dans le dispositif, renforcement du dispositif de veille sanitaire [en lien avec l'] OFDT.*

*D'autre part, l'année 2006 a été marquée par l'investissement de nouveaux locaux plus spacieux favorisant les échanges inter-individuels et permettant de mettre en place un espace voué au travail administratif (gestion du dispositif, mise à disposition pour les usagers de moyens informatiques pouvant faciliter leur démarches d'insertion). Ce déménagement n'a pas eu d'impact majeur sur la fréquentation puisque celui-ci est situé aux abords du centre ville. En effet, les personnes rencontrées sont en situation de grande précarité et d'exclusion. Ils sont pour la majorité sans domicile fixe et vivent des minimas sociaux. Outre l'échange et la distribution de matériel de prévention et les conseils de réduction des risques, le dispositif a pour mission de permettre aux consommateurs de produits psycho-actifs d'établir des liens vers des structures susceptibles d'accompagner leur projet d'insertion. Le dispositif Interm'Aides s'inscrit donc dans un réseau partenarial favorisant la réinsertion des personnes consommatrices de produits psychotropes (Centre méthadone avec accès facilité, Restaurant social, Accueil de jour, Equipe Psychiatrique mobile, Centre d'Accueil et d'Orientation, Mission Locale)<sup>25</sup> ».*

### **Les consultations « cannabis »**

Depuis leur ouverture en mars 2005 jusqu'à septembre 2006, près de 16 personnes ont été reçues chaque mois dans les consultations cannabis de Bretagne. Parmi les personnes reçues on comptabilise en moyenne :

- 83% de consommateurs, dont 51.7% vus pour la première fois
- 16.2% de parents.

Le délai moyen de prise de rendez-vous est d'environ 6 jours et demi.

### ***Le dispositif spécialisé en milieu festif***

Le collectif Orange Bleue, Techno plus, Médecins du Monde, AIDES, Sid'Armor, Keep Smiling, Spiritek... interviennent lors des événements festifs de type festivals et teknivals avec espaces de prévention / Réduction des Risques, chill out.

### ***Le dispositif d'observatoire***

Au cours de l'année 2006, deux enquêtes ont été réalisées sur le site de Rennes : PreLud et NémO.

### **PreLud**

#### ***L'enquête « PreLud »***

De février à mars 2006, une enquête nommée « PreLud » (Première Ligne Usagers de Drogues) s'est déroulée sur le site rennais. Il s'agissait d'interroger les consommateurs de produits psychotropes (N=150) quant à leurs pratiques, leurs consommations et leurs prises de risques, mais aussi de les questionner sur leur sérologie VIH, VHC, et VHB. Au terme de chaque questionnaire, un prélèvement salivaire a été effectué et analysé afin d'avoir une idée des contaminations pour ces trois pathologies. Cette enquête, commanditée par l'OFDT, a eu

<sup>23</sup> PES : Programme Echange de Seringues

<sup>24</sup> CAARRUD : Centre d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des Risques auprès des Usagers de Drogues

<sup>25</sup> Extrait du rapport d'activité du PES, année 2006

lieu dans trois sites dits « d'accès facilité » de la ville où se rendent régulièrement les usagers de drogues (le centre méthadone « l'Envol », le restaurant social « Le Fourneau » et le Programme d'échange de Seringues « Interm'Aides »). Les résultats de cette enquête sont présentés dans leur intégralité en annexe 1 (p.83). Mais divers éléments susceptibles d'apporter des éclairages nouveaux ou complémentaires à chacune des parties de ce rapport seront intégrés au fur et à mesure de celui-ci.

Pour accompagner cette collecte d'informations, un dispositif de dépistage facilité au VIH, VHC et VHB a été mis en place au centre méthadone, et une opération de dépistage mobile a été mise en place au restaurant social durant une matinée. Pouvait y participer toutes les personnes qui ont précédemment répondu à l'enquête PreLud mais aussi toutes les personnes qui fréquentent les structures d'accès facilité. Au total, vingt personnes ont bénéficié d'un prélèvement sanguin : huit d'entre elles étaient séronégatives pour les trois pathologies, deux ont découvert une séropositivité au VHC.

## **Némo**

### ***Présentation de l'étude<sup>26</sup>***

Cette étude menée sur plusieurs grandes villes de France (Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes et Toulouse) en 2005 et 2006 vise à estimer la prévalence de l'usage problématique de drogues par la technique de capture-recapture<sup>27</sup> et à réaliser une estimation nationale de l'usage problématique de drogues.

*Le recueil des données concerne toutes les personnes qui résident dans les agglomérations concernées, depuis plus de 3 mois et qui ont consommé dans le mois écoulé précédent l'entretien, au moins un des produits suivants : héroïne, Méthadone®, Subutex®, ou autre opiacé au moins une fois dans le mois ; cocaïne/crack ou autre stimulant au moins une fois par mois ; hallucinogène au moins une fois par mois.*

Plusieurs structures sur le site de Rennes ont accepté de participer à l'étude, il s'agit : du CH Guillaume Régnier (DCA<sup>28</sup>), du CHU Ponchaillou (services des maladies infectieuses, services des maladies du foie, services des urgences et centre anti-poison), des médecins généralistes du réseau ville-hôpital-toxicomanies, le SAMU 35, des structures de réduction des risques ou d'accès facilité (Interm'Aides, le Puzzle, le Fourneau, la mission locale pour l'emploi et l'insertion) et enfin la police/gendarmerie (le substitut du procureur, l'UCSA<sup>29</sup>, le SMPR<sup>30</sup> et les données d'OCRTIS).

### ***Quelques résultats relatifs à l'estimation du nombre d'usagers à Rennes***

Par la méthode capture-recapture une estimation du nombre d'usagers problématiques a été réalisée sur le site de Rennes. Tous usages confondus, le nombre d'usagers problématiques est évalué à 1 493 personnes.

#### **Estimation du nombre d'usagers à Rennes**

	<b>Nombre</b>	<b>Ic-</b>	<b>Ic+</b>
<b>Tous les usagers</b>	<b>1 493</b>	920	2 065
<b>Usagers de 15-44 ans</b>	<b>1 363</b>	840	1 885
<b>Usagers d'opiacés et de cocaïne</b>	<b>1 344</b>	829	1 859
<b>Usagers d'opiacés et de cocaïne de 15-44 ans</b>	<b>1 220</b>	755	1 687

<sup>26</sup> L'intégralité de l'étude NEMO pour le site de Rennes se situe en Annexe 2 (p.101)

<sup>27</sup> La technique capture-recapture consiste à utiliser une méthode standard de modélisation log-linéaire (régression de poisson) pour ajuster les données incomplètes à partir de la probabilité de présence dans une, deux voire trois sources indépendantes (en l'occurrence ici, la présence d'un usager lambda dans une ou plusieurs structures indépendantes).

<sup>28</sup> DCA : Département des Conduites Addictives

<sup>29</sup> UCSA : Unité de Consultations et de Soins en Ambulatoire

<sup>30</sup> SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

Rapportée à la population totale de Rennes (estimée en 1999 à 272 182 habitants), la prévalence d'usagers problématique dans la population est de 5.48‰. Sur la tranche des 15-64 ans<sup>31</sup>, cette prévalence est estimée à 7.60‰ et sur la tranche des 15-44 ans<sup>32</sup> elle est estimée à 9.65‰.

Quelques précautions sont à rappeler concernant les résultats obtenus. Tout d'abord, ces données sont de nature déclarative, elles posent donc la question de leur fiabilité. D'autre part, la méthode de capture-recapture, bien qu'étant éprouvée, donne lieu à *des intervalles de confiance étendus, ce qui peut mettre en doute la fiabilité de l'estimation* (ASPC)<sup>33</sup>.

---

<sup>31</sup> Selon l'enquête INSEE, 1999, la population des 15-64 ans à Rennes est estimée à 196 389 habitants

<sup>32</sup> Selon l'enquête INSEE, 1999, la population des 15-44 ans à Rennes est estimée à 141 241 habitants

<sup>33</sup> ASPC (2000). Capture-recapture : reconnaissance d'une technique démographique en épidémiologie, *Maladies chroniques au Canada*, 18 (4).



# Observations et résultats du site en 2006

---

## CONTEXTES DES MILIEUX OBSERVES

### ***Le contexte urbain***

Cette année, au sein du milieu urbain, quatre faits majeurs ont influé sur le contexte d'observation. Le premier élément, rencontré chaque année concerne les conditions météorologiques et leurs impacts sur le mode de vie des « sans domicile fixe ». Le second fait, lui aussi rencontré chaque année, concerne la tenue d'évènements festifs sur la région Bretagne et leurs conséquences sur le milieu urbain, en termes de déplacements de population, d'apports de produits psychoactifs sur le site de Rennes... Les deux derniers sont liés d'une part aux manifestations anti-CPE et d'autre part au relatif durcissement de la répression à l'encontre du public observé en milieu urbain.

### **La période hivernale, une période de retranchement dans les squats**

La période hivernale (janvier, février, mars 2006, mais aussi novembre et décembre 2006) semble être pour « *le public de rue* » une période de « *latence* ». Cette population se consacre au cours de l'automne au réinvestissement des squats en prévision de l'hiver. Avec la baisse des températures, certains se blottissent dans les cages d'escalier ou les halls d'immeuble guettant la moindre source de chaleur, d'autres sont installés dans des maisons inoccupées bénéficiant, parfois d'eau ou d'électricité. La campagne de démolition des maisons inoccupées semble amener certaines personnes à réinvestir des squats qu'elles avaient auparavant abandonnés, en raison de la dangerosité ou de l'état de délabrement du lieu. En outre, il semblerait que certains ne souhaitent pas aller en foyer car ce dispositif est considéré par eux comme trop contraignant. La gestion du quotidien, les conditions météorologiques, le manque de sommeil, voire certaines pénuries de produits rendent les esprits irritables et génèrent de nombreuses tensions.

### **Une baisse de fréquentation des structures d'accueil au moment du conflit du CPE**

Les manifestations populaires autour du Contrat Première Embauche au second trimestre et la présence policière induite par ces dernières ont incité les personnes de la rue à se retrancher dans des quartiers périphériques de Rennes. De fait, les structures d'accueil ont ainsi noté une baisse significative du nombre de passages, renforcée par la présence sur le territoire d'une héroïne de très bonne qualité et en quantité importante.

### **De nombreux déplacements liés aux festivals en Bretagne**

Les observations faites durant l'été et durant la période des transmusciales (décembre) auprès du public de l'espace urbain sont étroitement liées à la tenue des évènements festifs. Les populations consommatrices de produits psychotropes sont friandes des grands rassemblements musicaux. Ceux-ci sont à la fois lieu de fête, d'approvisionnement et de commerce de toutes substances psychoactives. En outre, des mouvements de population sont observés avant chaque évènement festif de grande envergure, et notamment lors des technivals, où leur organisation suscite l'engouement et la venue de personnes de toute la France, dont des populations habituellement observées au sein de l'espace urbain.

### **Une présence policière plus visible sur le milieu urbain**

Un sentiment d'une plus forte répression exercée sur la population des consommateurs a été rapporté par les professionnels et usagers des structures d'accès facilité. Ainsi, la place sur laquelle se retrouvent étudiants, « squatters » et dealers se situe toujours au centre d'une polémique. Une pétition réalisée par des commerçants de cette place, protestant contre ces transactions illicites et le tapage nocturne, a été reprise par les médias locaux. Les autorités ont donc pris des mesures visant à réduire les nuisances sur cet espace public...

Il semblerait par ailleurs, que la présence policière se soit renforcée au cours de l'année 2006. Des verbalisations effectuées par la Police municipale concernant les infractions suivantes seraient effectuées

quotidiennement : regroupement de chiens, chiens non tenus en laisse, consommation d'alcool sur la voie publique, « mendicité agressive »... quant à la Police Nationale, elle réaliserait régulièrement des contrôles, notamment chez des présumés « vendeurs à la sauvette ». Des usagers disent avoir été contrôlés plusieurs fois dans une même journée. Ces mesures ont eu notamment pour conséquence de déplacer les lieux de rencontre entre dealers et consommateurs.

## **Le contexte festif**

Les différents espaces festifs observés lors de nos investigations cette année furent : le milieu techno (légal ou illégal), le milieu punk, quelques soirées en squat, des soirées étudiantes, les discothèques, quelques bars, des festivals rock reggae, des soirées privées.

## **La Bretagne, une région riche en évènements musicaux**

La Bretagne demeure une région où un très grand nombre d'évènements festifs est organisé, avec une prépondérance pour le printemps et l'été. Durant cette période, nombre d'évènements se déroulent en extérieur (ex : festivals, free parties...). Ils rassemblent un large public et les produits y seraient présents en nombre, selon les dires des usagers.

L'automne et l'hiver n'en restent pas moins dépourvus d'évènements festifs. Cependant, en raison du froid, les soirées couvertes (discothèque généraliste, concert rock reggae...) sont plus nombreuses, et notamment les soirées techno indoor, qui tendraient à se développer selon un interlocuteur de l'espace festif : « *Ca fait 3-4 ans que les soirées électro-techno se sont bien développées sur Rennes. L'ambiance est bon enfant, c'est à l'intérieur, le son est bon. Je pense que c'est une bonne alternative aux frees...* ».

Cette année, le milieu des free parties est resté très actif, avec notamment comme point d'orgue l'organisation de trois évènements légaux. Une free s'est tenue en Mai dans le Finistère, elle a rassemblé 12 000 personnes au lieu des 1 000 officiellement attendues. A cela, il convient d'ajouter l'organisation de deux teknivals, l'un en été, l'autre en décembre, qui ont respectivement rassemblé 40 000 et 10 000 personnes. Longtemps critiqué, ce type d'évènement est désormais « ancré » auprès du public « teufeurs », et suscite même, sous certains aspects, l'adhésion de certains, comme a pu l'évoquer l'un de nos capteurs au sujet du teknival de Vannes-Meucon (juin 2006) : « *Le fait d'être entouré de grillages, c'est sûr que c'est pas très plaisant, mais d'un autre côté je trouve que le fait qu'il y a un petit peu d'organisation ça peut réduire les risques. Déjà y a un bon accès au niveau des pompiers (...) Ce que j'ai trouvé super bien sur ce teknival, c'est que grâce aux pompiers on a eu des litres et des litres d'eau à notre disposition, car il a fait vraiment trop chaud* ». En outre, le décret n°2006-334 du 21 mars 2006<sup>34</sup> permet désormais d'organiser un rassemblement de 500 personnes (au lieu de 250 précédemment) sous réserve d'avoir l'autorisation du propriétaire du site. Il semblerait que cette nouvelle disposition amène les organisateurs de soirées à davantage communiquer sur ce qu'ils organisent, ce qui se traduit par une augmentation du nombre des participants.

En ce qui concerne les soirées se déroulant dans les squats, la tendance serait à la baisse. Ce constat est partagé par l'ensemble des capteurs. Ainsi, il n'existerait plus qu'un seul squat artistique actif sur Rennes. Il en serait de même pour les soirées punks qui, suite à la fermeture du squat « *Le wagon* » de Saint-Brieuc en 2005, sont moins nombreuses. Seule la soirée d'anniversaire d'un label de production a attiré plusieurs milliers de personnes adeptes de ce genre musical.

Le type de produits psychoactifs présents sur ces différents évènements semblent être les mêmes que les années précédentes. Le cannabis et la cocaïne sont très présents dans les discours des usagers au sein du milieu festif. D'importantes consommations d'alcool sont elles aussi observées, seules ou en association avec d'autres produits.

---

<sup>34</sup> Décret n°2006-334 du 21 mars 2006 modifiant le décret n°2002-887 du 3 mai 2002 pris pour l'application de l'article 23-1 de la loi n°95-73 du 21 janvier 1995 et relatif à certains rassemblements festifs à caractère musical. Ce décret précise que « *les rassemblements exclusivement festifs à caractère musical sont soumis à déclaration dès lors qu'ils répondent à l'ensemble de ces caractéristiques [dès lors que] l'effectif prévisible des personnes présentes sur le lieu de rassemblement dépasse 500, et non plus de 250* ».

Il semble, selon des intervenants sanitaires en réduction des risques sur les milieux festifs techno et punk, que la distribution de matériel stérile d'injection soit en augmentation de même que les demandes d'accompagnement concernant cette pratique (mise à disposition d'un lieu calme et éclairé par exemple).

### **L'intervention des forces de l'ordre en milieu festif**

La communication médiatique autour des dispositifs répressifs mis en place autour de certains événements (fouilles à l'entrée avec des chiens, contrôles d'alcoolémie et de stupéfiants pour les conducteurs à la sortie...) semble dissuader certains participants de consommer des substances psycho-actives, de peur de se faire retirer leur permis de conduire indiquent quelques usagers en milieu festif.

Une présence policière plus visible au sein même de certains événements festifs techno a été observée. En effet, qu'il s'agisse du technival de Vannes (fin juin) ou de Rennes (début décembre), les acteurs de la réduction des risques ont observé ce fait nouveau : des interventions des forces de l'ordre sur le site, avant et surtout pendant les festivités, la nuit. Les dealers vendant « à la criée » seraient les premiers concernés. Un participant relate la rapidité de ce type d'interpellation : « *les interventions se font en un éclair et personne n'a le temps de réagir* ». Les forces de l'ordre interviennent en groupe, se saisissent du suspect en pleine transaction, l'éloignent rapidement du lieu de transaction et de tous les acheteurs potentiels, l'isolent, puis l'interpellent.

## **LES USAGERS DE PRODUITS ILLICITES AU SEIN DES ESPACES OBSERVES**

### ***Caractéristiques des usagers observés dans le milieu urbain***

#### **Les publics des dispositifs « d'accès facilité »**

Les usagers observés dans le cadre de l'étude ethnographique en milieu urbain sont des personnes fréquentant les dispositifs de première ligne, dits « structures bas-seuil », tels que le Restaurant social « Leperdit », l'accueil de jour « Le Puzzle », le CAARUD (centre d'aide et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue), et le Centre méthadone d'accès facilité.

Les usagers ont entre 18 et 40 ans, les mineurs dissimulant leur âge afin d'échapper aux services sociaux. Globalement, un tiers des usagers a entre 18 et 24 ans, un tiers entre 25 et 29 ans, un tiers a plus de 30 ans. La majorité des personnes rencontrées au sein des structures d'accès facilité sont des hommes. Les femmes ne représentent qu'un quart des usagers observés. Ces personnes sont à 95% d'origine française. Les autres sont soit en situation irrégulière soit ressortissants de la communauté européenne.

Une forte proportion des moins de 25 ans vit dans la rue ou en squat, après avoir quitté une institution ou suite à des ruptures familiales. Et plus globalement, les deux tiers des personnes observées sont sans domicile fixe. L'autre tiers possède un logement sans pour autant que celui-ci soit pérenne. Concernant les femmes, elles vivent toujours en couple, car rares sont celles qui assument seules la vie de rue.

Les personnes sont le plus souvent en situation d'exclusion. Elles sont sans ressources, contraintes de recourir à « la manche » pour subvenir aux besoins primaires. Seules 5% des personnes rencontrées ont un emploi qu'il soit précaire et/ou de réinsertion.

Ce sont des personnes vulnérables face aux consommations de psychotropes et notamment par voie injectable, aux prises de risques ou aux expérimentations. Fondées sur les déclarations des usagers, les observations sérologiques démontrent que peu sont infectés par le VIH. L'épidémie de VHC est plus alarmante puisque le réflexe de ne pas partager le matériel périphérique nécessaire à une injection, n'est pas complètement acquis, ce que confirme par ailleurs, l'étude PreLud. Ainsi selon cette enquête, 11 personnes (sur 150) déclarent avoir partagé au moins une fois au cours du mois qui a précédé l'enquête leur seringue, 31 une ampoule d'eau, 24 les cuillères et 24 les cotons ou les filtres. De nombreuses prises de risques sont relatées malgré la connaissance des risques de transmission des virus du VIH, VHC et VHB.

Peu de personnes séropositives au VHC bénéficient du traitement. Selon PreLud, 56.7% des usagers infectés par le virus de l'hépatite C déclarent ne pas avoir consulté de médecin pour ce motif depuis plus d'un an. L'absence de logement, la peur des effets indésirables et la contrainte d'avoir une hygiène de vie plus stable

sont autant de freins à la mise sous traitement. Le caractère asymptomatique du VHC renforce ces difficultés à commencer un traitement.

Une féminisation, ainsi qu'une baisse de l'âge de la primo-consommation et des consommations intensives, sont unanimement rapportées par les membres des groupes focaux sanitaire et répressif. Des mises en danger et des prises de risques massives chez des jeunes filles mineures, nouvellement arrivées dans ce milieu, sont rapportées par les professionnels. Lors du groupe focal sanitaire, cette problématique a été abordée : « *Ca, c'est un phénomène social qu'on repère, nous, depuis quelques années dans la rue. (...) dans les dix-huit/vingt ans que nous accueillons à ..., il y a 57 à 58 % de jeunes femmes, que le nombre de grossesses dans la rue est croissant depuis quatre ou cinq ans et (...) les femmes mineures à la rue sont en augmentation (...) au niveau des grossesses chez les femmes jeunes, on a eu une baisse à une époque (...). Et là, je pense qu'on est sur une augmentation évidente* ».

## **Des données confirmées par les enquêtes PreLud et Némó**

### *Caractéristiques générales des échantillons d'enquête*

	<b>PreLud</b>	<b>Némó</b>
<b>Nombre de répondants</b>	150	351
<b>Répartition par sexe</b>	77.3% hommes 22.7% femmes	77% hommes 23% femmes
<b>Répartition par âge</b>	Compris entre 17 et 52 ans Age moyen : 29.75 ans (ES=7.35)	Compris entre 17 et 60 ans Age moyen : 29.72 ans (ES = 7.74)
<b>Mode d'hébergement</b>	Logement provisoire : 21.30% logement durable <sup>35</sup> : 34.7% SDF : 44%	Logement provisoire : 12.6% Logement durable : 58.7% SDF : 18.8% Milieu pénitentiaire : 9.9%
<b>Sécurité sociale</b>	Non affilié : 14.7% Affilié sécurité sociale : 84% NSP : 1.3%	Non affilié : 1.9% Affilié sécurité sociale : 96.9% <sup>36</sup> NSP : 1.2%

Le tableau ci-dessus indique que les échantillons des deux enquêtes réalisées auprès des usagers rennais sont très proches, ce qui permet de penser que les caractéristiques d'un groupe sont transposables à l'autre. L'enquête Prelud, qui visait à mieux appréhender les consommations et les modalités d'usages chez les consommateurs de substances psycho actives illicites semble donc représentative des usagers rennais.

### *Quelques apports complémentaires concernant les caractéristiques des usagers selon PreLud*

#### *Niveau scolaire et situation sociale*

40.7% des usagers interrogés dans le cadre de l'étude PreLud indiquent avoir le niveau CAP, BEP, 34.7% ont un niveau inférieur et 24.7% ont un niveau supérieur ou égal au baccalauréat.

Les sources de revenu sur l'année sont soit le RMI (34.7%), soit le revenu de leur emploi (23.3%) ou les ASSÉDIC (10%). Enfin, 16.7% indiquent n'avoir aucune ressource.

84% sont affiliés à la Sécurité Sociale, parmi eux, 92 ont la CMU (Couverture Maladie Universelle), 15 sont en ALD (Affection Longue Durée) et 29 ont une mutuelle. 22 personnes n'ont aucune couverture sociale.

<sup>35</sup> Logement durable = possibilité de passer les 6 prochains mois dans le même logement.

<sup>36</sup> Sur cet échantillon 45% sont affiliés à la Sécurité Sociale au titre de la CMU

### L'état de santé perçu

Globalement, la majorité des répondants (64.0%) s'estiment en bonne voire en excellente santé physique et 54% indiquent qu'ils évaluent leur état de santé psychique comme étant bon voire très bon.

#### ⇒ Infection VIH

86% des répondants ont pratiqué un test de dépistage du VIH (N=129), datant pour 62.8% d'entre eux de plus de six mois. Ce test s'est avéré négatif pour 88.4% des usagers. S'agissant des 8 personnes infectées par le virus, 7 déclarent avoir consulté un médecin pour cette raison au cours des douze derniers mois.

#### ⇒ Hépatite C

77.3% déclarent avoir pratiqué un test de dépistage de l'hépatite C. Pour 61.20% des répondants, ce test a été réalisé il y a plus de 6 mois. Le résultat a été négatif dans 67.2% des cas, et ce sont surtout les plus jeunes (15-26 ans) qui ont à ce test un résultat négatif. Parmi les usagers qui déclarent être infecté par le virus de l'hépatite C, 56.7% indiquent ne pas avoir consulté un médecin depuis plus de 12 mois pour ce motif.

#### ⇒ Hépatite B

Sur l'ensemble des usagers, 51.1% disent ne pas avoir été vaccinés contre l'hépatite B. Parmi les usagers ayant réalisé une partie ou la totalité des injections de la vaccination, 82.3% indiquent que l'efficacité de la vaccination via la recherche d'anti corps n'a pas été vérifiée. Par ailleurs, 59.9% des répondants aux questions relatives à l'hépatite B (N=137) indiquent ne pas avoir pratiqué de test de dépistage de l'hépatite B. Parmi les 40.1% qui ont pratiqué ce test, celui-ci a été réalisé depuis plus de 6 mois pour 70.90% d'entre eux. Enfin, s'agissant de leur situation actuelle vis-à-vis de cette infection, 104 usagers (soit 73.2%) disent ne pas savoir « où ils en sont ». 15 indiquent être vaccinés, 15 autres déclarent ne pas être vaccinés et ne pas être infectés et 8 disent avoir été contaminés mais être maintenant guéris.

Parmi les personnes interrogées, ce sont pour la plupart, les mêmes qui ont réalisé les différents tests de dépistage du VIH, VHC et VHB.

### Les modalités de consommation

#### ⇒ L'injection

Parmi l'ensemble des usagers, 71.3% déclarent avoir utilisé au moins une fois dans leur vie la voie injectable (N=107). L'âge moyen déclaré de la première injection est de 19.47 ans (ES = 4.42). Le produit qui était alors injecté, était soit de l'héroïne (pour 50.5% des répondants), soit de la cocaïne (11.2%), soit du Skénan® (9.3%) ou d'autres substances telles que le Subutex®, les amphétamines... Dans leurs pratiques quotidiennes les injecteurs déclarent peu partager leur matériel d'injection. En revanche, s'agissant de la réutilisation du matériel, il apparaît ici très nettement que les seringues sont pour plus de 40% des usagers réutilisées plus de 2 fois, voire plus de 5 fois pour 10% d'entre eux, tandis que les cuillères et les filtres le sont le plus souvent une fois (respectivement 63.4% et 74.4% des usagers déclarent une réutilisation pour ces matériels). Les professionnels des structures d'accès facilité remarquent d'ailleurs, fréquemment chez les usagers des abcès liés à la réutilisation des filtres.

#### ⇒ Le sniff

93.3% des usagers (N=138) déclarent avoir pratiqué le sniff plus de 10 fois au cours de leur vie, seuls 2.7% des répondants disent n'avoir jamais pratiqué ce mode d'usage. L'âge moyen du premier sniff est de 18.09 ans (ES= 4.21). Les produits les plus sniffés lors de cette première fois sont pour 45.9% des sujets de la cocaïne, pour 29.3% de l'héroïne et pour 12.8% du speed.

54.8% indiquent avoir sniffé au cours du mois précédent l'enquête (N=80). A cette occasion, la majorité d'entre eux dit n'avoir partagé ni le produit, ni la paille (respectivement 65.8% et 64.6%).

#### ⇒ L'inhalation à chaud

72.7% des répondants à cette question (N=125) déclarent ce type de pratique au cours de leur vie. 16% déclarent n'avoir jamais utilisé ce mode d'usage. L'âge moyen de la première inhalation à chaud est de 19.85 ans (ES=5.27). 40.8% disent avoir fumé au cours du mois qui a précédé l'enquête (N=51). A cette occasion, la plupart des usagers disent avoir partagé le produit au mois une fois (72.6%) ainsi que les ustensiles (aluminium, pipe, embout, douille...) (84.3%).

## *Quelques apports complémentaires tirés de l'enquête Néo*

### Les consommations de substances psycho actives

#### **Les produits illicites consommés au cours du mois précédant l'entretien**

	<b>Au moins une fois</b>	<b>Plusieurs fois</b>
<b>Héroïne</b>	45.8%	39.3%
<b>Opiacés</b>	15.3%	13.3%
<b>Cocaïne</b>	41.5%	37.9%
<b>Stimulants</b>	30.5%	28.4%
<b>Hallucinogènes</b>	15.0%	12.4%

72% des usagers enquêtés consomment au moins une drogue illicites (héroïne, opiacés, cocaïne, stimulants ou hallucinogènes). Les substances le plus souvent consommées sont l'héroïne et la cocaïne.

### Les consommations de produits de substitution

#### **Les produits de substitution consommés au cours du mois qui précède l'enquête**

	<b>Usages (au moins une fois dans le mois)</b>	<b>Répartition des usages</b>		
		<i>Thérapeutiques</i>	<i>Mésusages</i>	<i>Les deux</i>
<b>Méthadone®</b>	44.9%	92.1%	4.8%	3.0%
<b>Subutex®</b>	26.8%	40.0%	40.0%	20.0%
<b>Sulfates de Morphine</b>	32.5%	10.4%	75.6%	13.9%
<b>Total</b>	74.0%	41.2%	14.9%	43.9%

74% des usagers déclarent avoir consommé au moins une fois dans le mois un produit de substitution :

- 45% ont pris de la Méthadone®, dont 92.1% à des fins thérapeutiques
- 32.5% des sulfates de morphine dont 75.6% dans le cadre d'un mésusage
- 26.8% du Subutex®, dont 40% à des fins thérapeutiques et 40% dans le cadre d'un mésusage

Les données présentées ci-dessus donnent un regard rapide sur les consommations et les modes d'usages parmi les consommateurs rennais. De plus amples informations seront apportées tout au long des pages suivantes.

### **Caractéristiques des usagers observés dans le milieu festif**

Les observations faites concernant le public au sein du milieu urbain sont semble-t-il transposables au public fréquentant le milieu festif selon les membres du groupe focal sanitaire, à savoir une féminisation du public plus importante et une avancée de l'âge des premières consommations. Ces données sont par ailleurs, confirmées par le groupe focal répressif.

## **Les conséquences sanitaires**

### **En milieu urbain**

#### ***Quatre décès liés à des consommations de substances psycho-actives***

Quatre décès ont été relevés par les professionnels des structures d'accès facilité au sein du public de rue cette année :

→ Le premier fut celui, par arrêt cardiaque, d'un homme d'une cinquantaine d'années ayant un long parcours dans la toxicomanie, dont le dosage quotidien de Méthadone® atteignait les 300 mg. Il n'a pas été possible de savoir si les causes de son décès étaient ou non directement en lien avec sa consommation.

→ Le deuxième était âgé de 37 ans. L'autopsie a conclu à une mort due à une intoxication médicamenteuse.

→ Un troisième décès est survenu concernant un homme d'une trentaine d'année substitué à la Méthadone®. Il était plutôt inséré, ce dernier possédait un logement avec son amie. Ce décès serait du à un mélange de Méthadone® et d'alcool.

→ Enfin, le dernier décès concerne un homme d'une quarantaine d'années, réputé pour des alcoolisations massives. Conduit à l'hôpital par les pompiers suite à un « malaise alcoolique », ce patient était atteint d'une tuberculose pulmonaire contagieuse et résistante. Le décès survint après trois semaines d'hospitalisation, suite à une embolie pulmonaire.

#### ***Des grossesses en partie liées à un défaut de contraception***

La problématique de la grossesse chez les consommatrices a été prégnante cette année au sein des structures d'accès facilité. Plusieurs grossesses furent ainsi suivies. Deux d'entre elles ont pu être menées à terme sans problème majeur. Les enfants ont été sevrés à la naissance. Une autre a été interrompue au cours du deuxième trimestre.

Concernant la prévention de ces grossesses, il est à noter tout d'abord, que la consommation de produits psychotropes et l'alcoolisation entraînent une baisse de la vigilance. Les rapports sexuels ont souvent lieu sans protection. Le port du préservatif masculin est perçu par les usagers comme inadapté aux hommes consommant des opiacés qui souffrent de difficultés d'érection. Aussi, la majorité des couples préfèrent s'en passer plutôt que de renoncer à un rapport sexuel. De plus, le préservatif est perçu comme un moyen de protection contre les maladies sexuellement transmissibles, mais il est rarement associé à un moyen de contraception.

La pilule semble, quant à elle, souvent oubliée ou perdue. Les jeunes femmes sans domicile fixe ont de grandes difficultés à gérer ce contraceptif qui nécessite une prise et des renouvellements réguliers.

Les conditions d'hygiène permettent difficilement d'envisager la pose d'un stérilet. Enfin, L'Implanon® (contraceptif sous cutané) serait un outil adapté pour les femmes en situation d'errance. Cependant, ses effets indésirables, entraînant une prise de poids, sont souvent mis en avant et sont autant d'argument pour écarter cette alternative.

A ces difficultés de contraception, s'ajoutent les aménorrhées<sup>37</sup> chez les consommatrices d'opiacés qui sont perçues chez celles-ci comme une absence d'ovulation. Cette confusion explique souvent la survenue de ces grossesses non désirées et/ou la découverte tardive de celles-ci.

#### ***Un baisse notable du nombre d'abcès chez les injecteurs***

Cette année les professionnels de santé furent unanimes : le nombre d'abcès dus à l'injection serait en régression, bien que certains cas demeurent préoccupants. D'une part, les injections de Valium®, suscitant de nombreux abcès, seraient en baisse. D'autre part, il semblerait que ces infections soient prises en compte plus rapidement par les consommateurs, qui, désormais, alertent le personnel soignant dès qu'ils soupçonnent la formation d'un abcès.

Les abcès apparaissent encore chez les personnes injectant du Subutex®. Leur apparition serait davantage liée à la composition du produit qu'aux conditions d'hygiène. La mise à disposition des Stérifilts® ne répondrait que partiellement à une prévention des abcès dus à ce produit. En effet, les pratiques d'injection étant ritualisées, les modalités d'usage du Stérifilt® empêcheraient une diffusion plus large de cet outil, dont la manipulation est en outre, plus contraignante.

---

<sup>37</sup> Absence de menstrues chez une femme en âge d'être réglée

### ***Infection des vertèbres due à des injections***

Deux personnes, consommant du Subutex® par injection ont été hospitalisées pour des douleurs dorsales. Le diagnostic établi évoquait une présence d'un champignon (le candida albicans), probablement introduit au cours d'une injection, endommageant les vertèbres. Les médecins ont administré un traitement antibiotique durant trois mois nécessitant une surveillance.

### **En milieu festif**

#### ***Peu d'action de prévention auprès du public fréquentant les discothèques***

Il semble que les consommateurs de cocaïne fréquentant l'espace festif « *discothèques, bars de nuit, afters (hors mouvement techno)* » ne soient guère sensibilisés à une réduction des risques concernant cette pratique. Peu d'action de prévention sont faites à destination de ce public. Les acteurs de la prévention et de la réduction des risques n'ont qu'un accès limité, voire nul à ce type d'espace. Ainsi, le sniff se déroulerait dans des conditions d'hygiène souvent difficiles. En effet, par souci de discrétion, la prise du produit s'effectuerait dans les toilettes des établissements. En outre, l'échange de pailles entre consommateurs serait fréquent : « *Y a beaucoup de comportements à risque. Ils échangent des pailles. C'est pas forcément des pailles. Ils prennent des billets, ils s'échangent des billets* » indique un usager.

#### ***Deux décès en soirée techno***

Les quotidiens locaux ont rapporté deux décès pour l'année 2006 suite ou au cours de soirées techno. Le premier a eu lieu au cours d'une rave privée dans le Morbihan et le second dans le Finistère suite à la rave légale organisée le premier mai.

# Les produits

---

Afin de faciliter la lecture du document, il a été fait le choix de présenter succinctement en encadré les observations faites au cours de la période 2002-2005. Puis dans un second temps sont présentés les faits marquants pour l'année 2006.

## L'USAGE D'OPIACES

### *L'usage d'héroïne*

#### **Bref rappel des années 2002-2005**

L'héroïne, présentée sous la forme de poudre ou de caillou, de couleur brune ou, plus rarement blanche, a été trouvée sous différentes appellations : « héro, came, meumeu, brown sugar, bourrin, marron, rabla... ». Il est à noter que l'utilisation de ce dernier terme semble créer une confusion autour de la connaissance du contenu du produit par les consommateurs novices qui de ce fait consomment de l'héroïne à leur insu. D'autres usagers la consomment pour gérer les descentes d'excitants et le plus souvent en minimisent la dangerosité.

S'agissant de sa disponibilité, l'héroïne brune a semblé être un produit disponible pour les acheteurs qui ont une bonne connaissance et implantation dans le réseau car il s'agit d'un trafic discret. L'héroïne blanche quant à elle, a semblé être un produit rare.

Entre 2002 et 2005, le prix de l'héroïne aurait baissé d'environ 10 euros par gramme. Ainsi, alors que le gramme d'héroïne brune était vendu en 2003 entre 60 et 70 euros en moyenne, il pouvait être vendu en 2005 entre 50 et 60 euros.

Concernant sa qualité, l'héroïne est souvent critiquée par les usagers qui déplorent la présence de nombreux produits de coupe.

Pour les consommateurs, l'héroïne semble posséder une double image. Elle serait à la fois un produit recherché pour ses effets mais aussi un produit dangereux, tant vis-à-vis du risque de dépendance qu'elle induit que pour sa teneur en produits de coupe. Concernant les non-usagers<sup>38</sup>, l'héroïne semble être associée à une image négative : celle du toxicomane, injecteur, précarisé.

Cette substance peut être injectée, sniffée ou fumée. Ces deux dernières pratiques sont les plus courantes car contrairement au shoot, elles donnent une image moins dramatique et culpabilisante de l'usage.

La polyconsommation serait liée à différents facteurs. Ainsi, elle permettrait de pallier à la pénurie du produit ou au manque d'argent de l'usager lorsqu'il est dépendant. Elle pourrait aussi prendre un caractère festif lorsque l'héroïne est associée à la cocaïne, en « speed-ball ». Enfin, comme évoqué précédemment, l'usage d'héroïne peut clore un épisode festif et permettre d'« adoucir la descente de stimulants ».

Entre 2003 et 2005, différents groupes de consommateurs ont pu être observés : des personnes marginalisées, des personnes insérées socialement, des jeunes adeptes du milieu festif...

Enfin, toujours sur cette même période 2002-2005, les problèmes sanitaires observés avec l'usage d'héroïne concernaient la dépendance et les difficultés liées au manque, de même que des complications liées au mode d'administration (ex. système veineux dégradé, abcès...).

---

<sup>38</sup> Il s'agit des personnes qui ne consomment pas du tout le produit, ou des non-consommateurs de drogues en général

## **Les faits marquants pour l'année 2006**

### ***La consommation d'héroïne parmi les usagers enquêtés pour PreLud.***

80.0% des sujets (N=120) déclarent avoir consommé de l'héroïne plus de 10 fois au cours de leur vie. Au cours du mois qui a précédé l'enquête, 62% des usagers (N=75) ont déclaré une consommation d'héroïne, pour 57.3% d'entre eux les prises se sont faites par injection, pour 50.7% en sniff et pour 40% par inhalation à chaud<sup>39</sup>. 45.3% des sujets déclarent 1 à 3 prises au cours du mois (N=34), 25.3% déclarent entre 1 et 6 prises par semaine (N= 19) et 29.3% au moins une prise par jour (N=22).

### ***Apparition d'une héroïne de couleur rosée***

L'héroïne brune demeure la plus répandue. Cependant, plusieurs capteurs du milieu festif et urbain ont rapporté l'existence d'une héroïne de couleur rosée, ce qui n'avait jamais été mentionné jusqu'ici. Ses effets et son prix seraient identiques à ceux de l'héroïne brune.

### ***Une diffusion et une accessibilité du produit plus large – des coûts variables***

Il semblerait que certains réseaux vendent l'héroïne moins chère, ce qui aurait pour effet d'élargir sa diffusion, notamment à un public plus jeune et parfois plus inséré socialement que les consommateurs habituels. De fait, ce produit serait plus présent cette année dans des événements festifs de type free party ou technival.

L'accessibilité semble plus facile sur le marché de rue : l'héroïne peut être proposée par des consommateurs/revendeurs ou par les personnes issues des réseaux vendant du cannabis, de la cocaïne ou des ecstasy. La perception des usagers vis-à-vis de ces derniers semble négative, leurs produits seraient de mauvaise qualité. Ce trafic serait pourtant, en augmentation selon le groupe focal répressif.

Le deal d'appartement serait aussi très pratiqué. « *Je vais dans un appartement en choper. En général c'est à l'improviste qu'on passe, on n'appelle pas avant* » expliquera un capteur du milieu festif. Dans l'appartement, « *on boit un coup, on discute* », puis la transaction s'opère, sans forcément goûter au préalable le produit : « *à toujours prendre au même on sait à quoi s'en tenir* ». Seules des personnes connues du dealer peuvent venir acheter de l'héroïne dans l'appartement : « *c'est un cercle fermé* ».

Une grande partie de l'héroïne semble transiter par la Hollande, où certains Rennais vont s'approvisionner régulièrement, ce qui pourrait augmenter le nombre de revendeurs potentiels et donc de consommateurs.

Selon des informations délivrées par des capteurs en milieu urbain, les vendeurs hollandais proposeraient deux sortes d'héroïne :

↳ L'une à 10 euros le gramme qui serait déjà coupée et serait, selon les vendeurs, de bonne qualité mais qualifiée « *d'assez douce* ».

↳ L'autre à 20 euros le gramme qui serait plus pure et qualifiée de « *très forte* ». Conjointement à cette substance, les dealers procurent ce qu'ils appellent « *de la coupe* ». Cette dernière permet aux consommateurs d'effectuer eux-mêmes le mélange entre l'héroïne dite « *active* » et la coupe dite aussi « *came morte* ». L'avantage énoncé par les usagers évoquant ce principe, serait qu'il leur est possible de doser leur produit en fonction des effets recherchés.

En milieu urbain, l'héroïne blanche se vendrait entre 80 et 110 euros le gramme. Le prix courant étant compris entre 90 et 100 euros. Sa présence n'a pas été mentionnée en milieu festif. L'héroïne brune serait accessible entre 50 et 80 euros le gramme. Le prix courant serait de 60 à 70 euros en milieu festif et urbain. Selon les déclarations des usagers lors de l'enquête PreLud, le prix moyen serait de 50 euros. Comparativement à 2005, où le prix moyen de ces deux héroïnes était de 60€, on a pu observer une légère augmentation pour l'héroïne brune, tandis que l'héroïne blanche voit son prix moyen augmenté de 30€ à 40€.

### ***Un produit de meilleure qualité***

La qualité de l'héroïne, bien que très aléatoire, semble en hausse. Ainsi, des professionnels de santé constatent qu'un nombre non négligeable d'usagers ont « *momentanément interrompu leur prise en charge par la*

---

<sup>39</sup> Procédé par lequel l'héroïne est chauffée sur une flamme dans un papier aluminium, la fumée qui s'en dégage est inhalée avec une paille. Par ce procédé, l'héroïne parvient au cerveau en quelques secondes, pratiquement comme avec une injection en intraveineuse (Dictionnaire encyclopédique des drogues, D., Pol, Ed. Ellipses, Paris, 2002).

*Méthadone® au cours de l'année* », tandis qu'un autre indique avoir rencontré au moins deux personnes ayant « décroché » du Subutex®, ce en raison d'une héroïne de très bonne qualité.

### ***Le sniff : le mode d'administration le plus courant***

La préparation et les modes d'administration semblent identiques à ce qui a été observé les années précédentes : le sniff est l'administration la plus répandue, l'injection l'est un peu moins. La "chasse au dragon", ou inhalation à chaud, semble se développer selon les dires de certains professionnels des structures de soins. Ces données sont confirmées par les résultats de l'enquête PreLud, où les usagers ont déclaré à 90.8% consommer l'héroïne sous forme de sniff, 89.2% par inhalation à chaud et 80% en injection.

A propos de ces différents modes d'administration, il a été rapporté lors du groupe focal usagers en milieu urbain, les sensations ressenties selon chaque modalité d'usage, ainsi : « *En sniff, les effets arrivent 1 à 2 minutes après la prise. C'est une sensation de bien-être, de chaleur, de cocon. Tu sens un apaisement, une disparition des angoisses et même parfois des douleurs physiques. C'est comme une euphorie. Puis vient le "piquage de nez", tu fermes les yeux et tu te laisses partir dans tes pensées. C'est une sensation proche du sommeil et des rêves. Les effets s'estompent 1 à 2 heures après la prise selon la quantité absorbée. Quand tu fumes l'héro en dragon, l'effet est immédiat avec cette même sensation de bien-être. La tête vacille légèrement. Ça donne un effet cotonneux, une sensation de chaleur, une euphorie et si tu prends en grosse quantité tu piques du nez... Les effets sont moins longs qu'en sniff. En shoot, les sensations arrivent 1 minute après l'injection. Tu as un flash seulement si le produit est de bonne qualité. Tu ressens les mêmes effets qu'en sniff ou en fumant mais en beaucoup plus intenses. Le flash est rare, il survient avec des produits de bonne qualité. Il procure une sensation de quelques secondes, de chaleur et de bien-être intense qui disparaît aussi vite qu'elle est apparue* ».

### ***Un mélange d'héroïne et de Rohypnol®<sup>40</sup> pour atténuer les angoisses***

Selon le groupe focal usagers en milieu urbain, certains consommateurs continueraient d'associer l'héroïne au Rohypnol®. Ce mélange permettrait une augmentation de l'effet "piquage de nez" et de l'atténuation des angoisses : « *C'est comme un anxiolytique. Ça augmente la sensation de bien être* ».

### ***Un changement de représentation des effets de l'héroïne chez ses consommateurs***

Chez ses usagers, l'image de l'héroïne en tant que substance létale<sup>41</sup> tendrait à s'atténuer, en raison notamment de la baisse du nombre d'overdoses et de la banalisation de sa consommation à travers les mouvements festifs. Chez les personnes n'en consommant pas, son image demeure la même (ex. une drogue non associée à un usage festif, et très fortement liée à l'injection...).

### ***Les nouveaux héroïnomanes issus du milieu festif***

Les professionnels de santé interrogés à propos de ce produit ont évoqué cette année que « *lorsque les patients arrivent avec une demande de soin, ils consomment en moyenne 2 à 3 grammes par jour* ». Une grande partie de ces « *nouveaux héroïnomanes* » serait issue du milieu festif.

### ***Les conséquences sanitaires de l'héroïne***

Parmi les problèmes sanitaires les plus émergents, l'ensemble des membres du groupe focal usagers cite la dépendance physique, manifestée par « *des courbatures, des diarrhées, de la fièvre et des vomissements* » et des états dépressifs. Il en est de même pour l'injection et les dommages qu'elle engendre : « *des problèmes d'abcès, d'œdèmes, de veines abîmées ou sclérosées, mais aussi des risques de contamination* ». Toujours selon ces mêmes personnes une consommation régulière entraînerait en outre, des constipations, des amaigrissements et des pertes de désir sexuel : « *Ça joue aussi beaucoup sur la libido aussi bien pour les filles que pour les hommes. Il y a souvent une perte des règles pour les femmes et des sécheresses vaginales* ». Le cas d'une overdose suite à un sniff d'héroïne a été rapporté par les observateurs en milieu urbain, celle-ci serait probablement due à une héroïne très fortement dosée.

---

<sup>40</sup> Rohypnol® : hypnotique de la famille des benzodiazépines utilisé pour pallier l'insomnie

<sup>41</sup> Provoquant la mort

## **L'usage de BHD**

### **Rappel pour la période 2002-2005**

Le Subutex®, appelé « Sub » ou « Subu », est normalement utilisé dans le cadre d'un protocole médical de substitution aux opiacés. Dans la rue, le « Sub » serait souvent l'objet de troc ou de dépannage entre usagers. Cependant, il semble exister un trafic de plus en plus visible pour ce produit dont les clients seraient des usagers ne disposant pas de couverture sociale ou des personnes ne désirant s'en procurer que ponctuellement.

Les prix ont été très variables ces dernières années, entre 1 et 9 euros le comprimé de 8mg selon le réseau employé par l'utilisateur, avec un prix moyen de 2 euros en 2003 et de 3 euros en 2005. Cette augmentation pourrait être liée à une demande, faite en 2004, par l'AFSAPS<sup>42</sup> aux médecins, de respecter le protocole de prescription.

Le mode d'administration est sujet à détournement. En effet, la prise de ce produit est à l'origine sublinguale, or, des usagers dépendants psychologiquement à un mode d'administration, peuvent l'injecter, le sniffer ou plus rarement le fumer.

Des usagers de Subutex® souhaitant ressentir davantage d'effets le mélangent à des produits tels que des benzodiazépines. Les effets du mélange avec des opiacés (en particulier : apparition d'une crise de manque, annulation des effets) seraient, quant à eux, bien connus des usagers et participeraient à leur perception négative du Subutex®.

Le Subutex® semblerait donner satisfaction aux personnes l'utilisant à des fins thérapeutiques mais chez les autres usagers, il posséderait une mauvaise réputation liée aux complications sanitaires qu'entraîne son injection, tels que le gonflement des membres inférieurs et supérieurs (symptôme fréquent), l'obturation des vaisseaux sanguins, des abcès, des veinites...

### **Les faits marquants pour 2006**

#### ***Le Subutex®, un produit facile d'accès***

Comme en 2005, le Subutex® semble avoir été très disponible cette année. Son haut niveau d'accessibilité serait dû à la facilité de sa prescription : « *Chez le médecin généraliste, il suffit de faire preuve d'un peu de diplomatie pour avoir une ordonnance. Il n'y a aucun test d'opiacés pour vérifier l'utilité de la prescription à part les dires du patient. Si tu vas dans un centre, c'est plus difficile mais cela reste accessible et rapide... même sur le marché noir, tu en trouves toujours* » rapporte un usager du milieu urbain. Les résultats de l'enquête PreLud abondent en ce sens, puisque 56.1% des consommateurs de Subutex® déclarent s'en être procurés sur prescription médicale. Notons que ce produit n'a été effectivement rencontré qu'en milieu urbain. Ainsi, un professionnel de santé remarque que « *cette année encore, des gens viennent au centre [structure d'accès facilité] et ils n'ont jamais rien consommé d'autre que du Subutex®* ».

#### ***Une revente de Subutex® ciblée vers les personnes sans couverture sociale***

En 2006, le prix du comprimé se situait entre 2 et 5 euros, ce qui indique une tendance à la baisse par rapport à 2005, où les prix variaient entre 3 et 7€. La revente des traitements de substitution semble plus particulièrement concerner les personnes étrangères en situation irrégulière qui n'ont pas de couverture sociale. « *Ils n'ont pas les moyens de s'acheter des opiacés et ne peuvent pas aller chez le médecin car ils n'ont pas de papiers. La vente à des gens qui ont une « sécu » est très rare. C'est du dépannage ou quand les gens sont en galère* » (groupe focal usagers).

---

<sup>42</sup> Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

### ***Le Subutex® comme alternative à la recherche de Méthadone®***

Face à la raréfaction du Skénan LP® et à l'augmentation de son prix au marché noir, les usagers ont eu deux alternatives : la Méthadone® ou le retour au Subutex® longtemps banni par les consommateurs eux-mêmes. Ce retour vers le Subutex® serait souvent justifié par les usagers comme une volonté d'échapper à la nécessité de se déplacer au centre de soin pour la délivrance quotidienne de Méthadone® (groupe focal sanitaire).

### ***Le Subutex® classé au tableau des stupéfiants***

Le possible classement du Subutex® sur le tableau des stupéfiants a été annoncé au cours du premier trimestre 2006<sup>43</sup>. Cette annonce aurait influencé, selon le groupe focal sanitaire, certains médecins généralistes, prescripteurs de Subutex®, à refuser de poursuivre la prise en charge des patients substitués à ce produit. Ce changement a provoqué un climat de tensions chez ces derniers. L'abandon de ce projet et la médiation engagée auprès des usagers par des professionnels des structures d'accès facilité a permis l'apaisement des tensions.

### ***L'arrivée de la Buprénorphine Arrow® en tant que générique du Subutex®***

La sortie de la Buprénorphine Arrow®, médicament générique du Subutex®, est à noter. Les membres du groupe focal sanitaire constatent que cette molécule ne semble pas susciter d'engouement tant chez les prescripteurs que chez les patients. Certains usagers reprochent un manque d'effets et les usagers injecteurs se plaignent de la proportion d'amidon de maïs présente dans ce médicament.

Les consommateurs de ce produit l'associent souvent à de l'alcool et du cannabis, dans un objectif de « *défonce* ». Une association avec le Valium® leur permet de compenser le manque d'effets psychoactifs du Subutex® indique un professionnel d'une structure d'accès facilité.

### ***Les conséquences sanitaires du Subutex® perdurent***

Les problèmes de santé restent identiques à ceux rencontrés les années précédentes et « *sont à 100% des problèmes dues à l'injection* » (groupe focal usagers). Ainsi, l'histoire d'une jeune femme souffrant d'œdèmes aux mains et échappant de justesse à l'amputation suite à des injections de Subutex® a été relatée par le responsable des observations en milieu urbain.

## ***L'usage de Méthadone®***

### **Rappel pour la période 2002-2005**

Présentée sous forme buvable, la Méthadone® est un traitement de substitution aux opiacés. Ce médicament est généralement bu. De rares tentatives d'injection ont été rapportées.

Avec la baisse de disponibilité du Skénan LP® et l'ouverture d'un centre au sein duquel l'accès à la Méthadone® a été facilité, ce produit a été de plus en plus utilisé au cours de ces dernières années. Si la « Métha » ou encore « Meth ou Thamé » a été plus disponible par le circuit traditionnel, elle l'a été aussi au sein du marché de rue, où l'on a pu observer une progression dans sa disponibilité entre 2002 et 2005. Néanmoins, jusqu'en 2005, elle demeure avant tout un produit de troc ou de dépannage entre usagers. Les prix iraient de la gratuité à 15, voire 20 euros le flacon de 60mg.

Dans la mesure où ce traitement ne pallie qu'au manque physique d'opiacés, de nombreuses associations avec d'autres produits afin d'en potentialiser les effets ont été évoqués au cours de nos investigations. Méthadone®/Valium® et Méthadone®/alcool ont été les associations les plus fréquemment rapportées au cours de ces dernières années. Le Skénan LP® et l'héroïne lorsqu'ils ont été disponibles ont pu également être associés au traitement quotidien des usagers. Des mélanges de Méthadone® et de produits stimulants ou hallucinogènes ont été rapportés en 2005.

<sup>43</sup> La proposition d'inscrire le Subutex® (produit de substitution aux opiacés) au tableau des stupéfiants « *a été réclamé(e) par le président de la MILDT* » Didier Jayle, au début de l'année « *au motif qu'elle permettrait de mieux lutter contre le mésusage et le trafic de rue de ce médicament* ».

Chez les usagers, la Méthadone®, à partir du moment où son accès a été facilité, a semblé acquérir une image relativement positive, celle d'un traitement permettant une pause, de pallier le manque. Cependant, la perspective d'un « traitement à vie » effraierait certains usagers.

Parmi les consommateurs de Méthadone®, on a pu rencontrer des personnes dépendantes aux opiacés, insérées ou non, marginalisées ou non. Deux démarches ont été identifiées : l'utilisation de la Méthadone® en substitution ou l'utilisation de celle-ci comme une possibilité de « défonce ». Ainsi en 2005, s'ajoutaient à ces consommateurs, des jeunes « fêtards », issus du milieu étudiant ou de la « teuf ».

Des complications sanitaires liées pour la plupart à l'association de la Méthadone® avec d'autres produits ont été rapportées par les professionnels ces dernières années. Il s'agirait principalement de surdosages dus au mélange avec d'autres opiacés, ou avec de l'alcool. Des prises de poids, des problèmes dentaires et le risque de grossesse lié à un rétablissement de l'ovulation malgré une absence de règles ont par ailleurs, été évoqués.

## **Les faits marquants pour l'année 2006**

### ***Baisse de la consommation de Méthadone® en dehors des protocoles de soin***

La création du centre de Méthadone d'accès facilité semble avoir eu pour effet de diminuer sa consommation en dehors des protocoles ainsi mis en place pour les consommateurs d'opiacés : « *Sur le marché noir, la métha est de plus en plus rare (...) Il faut tout de même être positif au test opiacé pour avoir la primo prescription. Une personne qui n'a jamais pris d'opiacés ne pourra pas obtenir de la Méthadone® en dehors du marché noir* » (groupe focal usagers). Cet aspect est confirmé par l'enquête PreLud qui montre que la plupart des usagers (66.7%) déclare se procurer la Méthadone® sur prescription médicale. D'autre part, 50% des personnes interrogées indiquent la consommer afin d'arrêter l'héroïne, 30% pour « la défonce » et 20% pour les deux motifs précédemment évoqués.

Vis-à-vis du trafic de rue, un professionnel de santé rapporte que : « *On sent la disponibilité de la « méthadone de rue » en fonction du nombre de personnes que l'on voit quotidiennement ; Quand il y a de la « métha de rue », on voit moins de monde au centre [Méthadone]* ».

### ***Des prix à la baisse***

Le prix semble avoir connu une certaine baisse depuis 2005 : le plus bas pour une fiole de 60 mg est de 3 euros. Le plus fort est de 10 euros. Le plus souvent, le prix de vente se situe entre 5 et 6 euros.

### ***Peu de conséquences sanitaires***

Un accident lié à sa consommation par une personne ne consommant pas d'opiacé a été relaté lors du groupe focal sanitaire : « *Un jeune qui a fait la fête : beaucoup d'alcool avec les copains et puis prise d'un petit flacon, sans trop savoir ce que c'était et puis retrouvé le lendemain par le SAMU. Mais là, c'est de la méconnaissance totale. C'est un accident. Je sais pas comment ils ont eu ça* ».

## ***L'usage de sulfate de morphine***

### **Rappel pour les années 2002-2005**

Le Skénan LP® est un sulfate de morphine utilisé sur le site de Rennes, au sein de la population des injecteurs. Présenté sous forme de gélules contenant des microbilles, il est appelé « Sken, Ské ». Jusqu'à ces deux dernières années, le Skénan LP® était largement disponible que ce soit en marché de rue, où l'on pouvait trouver en 2003 la gélule de 100mg à 2 ou 3 euros, ou chez un médecin prescripteur. En 2005, après une restriction draconienne des prescriptions en Ile-et-Vilaine, la gélule pouvait atteindre 5 à 10 euros en marché de rue. Toutefois, certains usagers ont développé d'autres types d'accès : obtention d'un protocole de traitement au Skénan LP® ou prescription dans un autre département.

L'usage de « Sken » doit son succès en Ille-et-Vilaine au fait qu'il s'agisse d'un produit fiable, sans coupe, aux effets proches de ceux de l'héroïne (ex. flash, bien-être, effet cotonneux...), et garantis, contrairement à cette dernière qui compte tenu des produits de coupe ne permet pas à l'utilisateur d'être sûr des effets ressentis.

Les principaux utilisateurs qui détournent ce produit de son usage initial, l'injecteraient. Il serait plus rarement sniffé. Certains lui associeraient des benzodiazépines comme le Valium®, pour prolonger ses effets tandis que d'autres, afin de faire face à sa disponibilité en diminution, lui associeraient des produits habituellement réservés à un usage festif comme l'ecstasy ou la cocaïne. Pour d'autres encore, le Skénan LP® semblerait servir à pallier le manque de cocaïne. Enfin, des patients sous Méthadone® le consommeraient en qualité d'« extras ».

Chez ses utilisateurs, le sulfate de morphine semble posséder certes l'image d'un produit fiable, accessible et peu onéreux en comparaison de l'héroïne mais aussi l'image d'un produit à l'« accroche » plus rapide, dont il faudrait augmenter les doses ou le mélanger avec d'autres substances afin d'obtenir des effets.

Les usagers de Skénan LP® seraient, pour la plupart, des personnes marginalisées, ou sortant d'une vie marginale et qui s'assureraient une vie sociale plus insérée grâce aux prescriptions de Skénan LP®.

Les complications sanitaires liées à l'usage de ce produit ont été la dépendance avec une accoutumance rapide, des problèmes liés à l'injection (ex. abcès, veinites, risques de transmission du VIH ou des hépatites par le partage de matériel...) ainsi que des problèmes de santé masqués par l'usage de morphine.

## **Les faits marquants pour l'année 2006**

### ***Une réorganisation de l'approvisionnement depuis 2005***

Le Skénan LP®, qui serait moins accessible en 2006 qu'en 2005, reste cependant disponible à Rennes. Courant 2005, si des périodes de pénurie ont été observées, il semble qu'une partie du marché se soit rapidement réorganisée. Ainsi, les consommateurs entretiennent désormais le silence sur les procédés qu'ils utilisent pour s'en procurer : « *Je pense qu'il y en a autant sauf que les gars qui ont des protocoles, se taisent maintenant* » (groupe focal sanitaire). Deux modalités d'obtention du Skénan LP® peuvent être mise en avant : soit les usagers s'en procurent sans prescription médicale (enquête Prelud), soit le produit est toujours prescrit mais n'est plus remboursé : « *La Caisse Primaire ne voit plus rien parce qu'en fait les consommateurs de Skénan LP® s'arrangent avec leur médecin pour faire en sorte que leurs ordonnances ne soient pas remboursées. Donc ils payent leur Skénan LP® entièrement, quitte à rentrer dans le trafic, comme les autres drogues* » (groupe focal sanitaire).

### ***Des prix stables***

Les prix restent stables par rapport à 2005 : le prix le plus bas pour une gélule de 100 mg est de 4 euros, le prix le plus fort est de 7 euros (en général 5 euros). La boîte se vend 40 euros.

### ***Moins de dommages sanitaires liés à la consommation de Skénan LP®***

Concernant les dommages sanitaires induits par la consommation de Skénan LP®, le groupe focal sanitaire rapporte : « *une baisse considérable des admissions aux Urgences pour des problèmes d'injection de Skénan LP®, quelques cas en début d'année mais rares en fin d'année, hormis un patient admis pour une injection en humérale [dans l'artère humérale]...* ».

## ***L'usage de Néo-codion®***

La substance active du néo-codion® est la codéine, elle est utilisée généralement comme antitussif et/ou analgésique, mais elle peut être aussi employée par les toxicomanes comme produit de substitution à l'héroïne. Elle peut être injectée, elle a alors des effets comparables à ceux de la morphine, ou administrée par voie orale, dans ce cas elle développe une action analgésique.

Seul le cas d'une personne suivie par le centre de soins pour des consommations compulsives de Néo-Codion® a été relaté pour l'année 2006. Dans le cadre du groupe focal sanitaire, aucun autre usage n'a été mentionné en dehors des prescriptions médicales encadrées. En revanche, dans le cadre de l'étude Prelud, plusieurs usagers de drogues indiquent consommer de la codéine, mais de façon irrégulière et marginale. Le motif de cette consommation, le plus souvent mis en avant est l'arrêt de l'héroïne. Concernant les modalités d'obtention de la codéine, les personnes déclarent s'en procurer aussi bien avec que sans prescription médicale.

## ***L'usage d'Opium et de Rachacha***

### **Rappel pour la période 2002-2005**

Appelé « opium local, rach », cette décoction de graines de pavots, sous forme liquide ou sous forme de pâte, n'a été présente que ponctuellement sur le site de Rennes : généralement au moment de sa récolte, à la fin du printemps.

Peu d'évolution des coûts a été observée. Les prix oscillaient entre 2 et 10 euros le gramme en 2003 tandis qu'en 2005, c'est entre 3 et 10 euros qu'il était cédé en général (les prix pratiqués en milieu festif seraient moins chers, 5 euros étant le prix maximum). La plupart des vendeurs seraient les producteurs eux-mêmes.

Le rachacha peut être ingéré ou fumé. Des tentatives marginales d'injection ont été rapportées ces dernières années, tantôt après un nettoyage du produit à l'alcool à 90°, tantôt après un filtrage au Stérifilt®.

Ce produit a été trouvé au sein du public de rue ou parmi les teufeurs. Chez ces derniers, son image serait plus positive que vis-à-vis de l'héroïne. Il y serait considéré comme un produit naturel, facilitant la descente de stimulants ou d'hallucinogènes. Certains usagers du milieu urbain le consomment aussi pour ses effets proches de l'héroïne. Il serait perçu comme l'« *opiacé du pauvre* ». Ses consommateurs seraient essentiellement des personnes dites « *nostalgiques de l'héroïne* » ou des personnes qui n'auraient pas les moyens de se procurer de l'héroïne (pour des raisons financières ou du fait d'une faible disponibilité d'héroïne de bonne qualité)

S'agissant des complications sanitaires, une accroche rapide, des difficultés quant à la gestion du manque et des problèmes digestifs, ont été évoquées.

### **Les faits marquants pour l'année 2006**

#### ***Une diffusion et une consommation marginale en Bretagne***

Malgré quelques apparitions au cours de l'hiver (enquête PreLud) et à la fin du printemps, la diffusion de ce produit est restée relativement rare et confidentielle au cours de l'année 2006.

Le groupe focal usagers a évoqué l'injection de rachacha et ses effets : « *Pour le shooter, il faut le purifier avec de l'alcool en le chauffant. Si elle [l'injection] est bien préparée, les effets sont plus forts qu'avec de*

*l'héroïne* ». Ces propos corroborent les informations recueillies en 2005, qui faisaient état, pour la première fois sur le site de Rennes, d'une injection de rachacha.

### ***Vers un changement de représentation***

Il semblerait que la représentation du rachacha, habituellement perçu comme une « *héroïne du pauvre* » tend désormais à être associé à une « *héroïne douce* ». En effet certains héroïnomanes, observés au sein du milieu urbain, déçus par la qualité de l'héroïne, s'orienteraient davantage vers ce produit, lorsqu'il est disponible, même si l'effet est plus doux (groupe focal usagers).

## L'USAGE DE STIMULANTS

L'usage de cocaïne et de free base ont fait l'objet en 2006 d'une note particulière sur le site de Rennes. Le lecteur est donc invité à se référer à cette thématique approfondie (p. 61). Dans ce chapitre, ne sera présenté qu'un rappel des faits pour **les années 2002-2005**.

### ***L'usage de cocaïne***

Présentée sous forme de poudre blanche, ou moins fréquemment sous forme de cailloux ou d'écaillés, la cocaïne, également appelée « coke, coco, CC, C ou Cesse » semble avoir été davantage disponible ces dernières années par rapport aux années précédentes.

Une distinction serait faite entre la cocaïne dite végétale et celle dite synthétique, par les consommateurs. La première ayant meilleure réputation que la seconde. En termes de prix, le gramme de « végé » pouvait être compris, jusqu'en 2005, entre 40 et 150 euros, avec un prix moyen de 60/80 euros. Quant au gramme de « synthé », il variait entre 40 et 80 euros, avec un prix moyen de 60 euros. La qualité de la cocaïne la plus disponible serait en général moyenne, la « Végé » étant réputée plus pure.

La cocaïne est principalement sniffée, mais elle peut aussi être injectée et fumée. Le tabac, l'alcool et le cannabis seraient des produits fréquemment utilisés en association avec la cocaïne. Il en serait de même pour des produits destinés à faciliter la descente : c'est le cas du cannabis mais aussi de l'héroïne, voire de la Méthadone® et d'autres médicaments psychotropes pour le milieu urbain.

Auparavant réservée à certains milieux (arts, communication ou restauration), la cocaïne conserverait l'image d'un « produit branché », qui améliore les performances même si certains expérimentateurs peuvent se déclarer déçus par la fugacité de ses effets. Mais elle posséderait aussi l'image d'un produit dont l'usage peut être compulsif, celle d'un produit « vicieux ».

Parmi les consommateurs, on peut distinguer des expérimentateurs, des personnes intégrées socialement la consommant dans un cadre festif, des personnes adeptes ou dépendantes au produit en mesure d'assumer cette consommation, et des personnes marginalisées. Comparativement aux autres substances psychoactives, il semblerait qu'il y ait une proportion d'usagers de cocaïne plus importante.

Les dommages sanitaires liées à l'usage de cocaïne évoqués ces dernières années ont été les suivants : des dépendances psychologiques importantes, des dépendances aux opiacés liées à l'usage de ceux-ci lors de la « descente », des problèmes cardiaques, des pertes de poids importantes, des épisodes paranoïaques, des complications liées au mode d'administration (ex. système veineux dégradé, saignements de nez...).

### ***L'usage de free-base ou de crack***

Ces deux appellations (free base et crack) concernent la même composition chimique : une cocaïne-base, destinée à être fumée. Néanmoins, ces deux termes apparaissent distincts dans les représentations qu'en ont les usagers. Le crack, qui possède une forte connotation péjorative, désigne un produit contenant des résidus de cocaïne, à l'« *accroche rapide* », consommé dans les Antilles ou certains quartiers parisiens. Le free-base désigne plutôt la cocaïne sous forme de caillou, « *cuisinée* » afin d'être purifiée. Afin d'effectuer cette préparation, deux produits peuvent être utilisés : le bicarbonate de soude et l'ammoniac. Ce dernier serait plus répandu en Bretagne.

Deux ordres de prix se sont distingués ces dernières années. Le premier concerne la cocaïne vendue couramment, à un prix moyen jusqu'en 2005 de 60, 70 euros. Le second, qui n'a été rencontré qu'en milieu festif, concerne une cocaïne déjà « cuisinée ». En 2003, le gramme de cette préparation pouvait se vendre environ 100 euros. Il aurait sensiblement baissé les années suivantes, les prix se situant autour de 80 euros. La proportion de cocaïne contenue dans le gramme aurait également diminué avec les années.

Le free-base est essentiellement fumé, bien que certains injecteurs puissent apprécier cette forme pour sa pureté. Tabac, cannabis et alcool peuvent lui être associés. Des usages d'opiacés et de cannabis ont été observés au moment de la descente.

Bien que cette forme et ce mode d'administration soient appréciés par ses usagers, notamment pour la pureté du produit, il semblerait que ceux-ci aient conscience de l'aspect compulsif que peut prendre cette consommation. Ce même aspect effraierait les non-usagers<sup>44</sup> de free-base, même si ceux-ci sont consommateurs de cocaïne sous une autre forme. Le free base demeure un produit d'initiés.

Les consommateurs rencontrés auraient connu pour la plupart cet usage en milieu festif (techno).

Les dommages sanitaires évoqués ont été les mêmes que pour la cocaïne, avec une dépendance accrue par l'aspect compulsif que peut prendre l'usage et une spécificité liée au mode d'administration, telle que des brûlures pulmonaires.

## ***L'usage d'ecstasy***

### **Rappel pour les années 2002-2005**

L'ecstasy se présente sous différentes formes : des cachets aux couleurs et logos variés, appelés « ecstas, X, taz, XTC, Tata, bonbon... », de la poudre, de couleur blanche à beige, ou des cristaux translucides ou brunâtres, appelés « MDMA, MD ou gélules ». Ce produit semblerait largement disponible en milieu festif depuis plusieurs années, malgré une baisse de sa disponibilité constatée en 2004. S'il a été un temps l'apanage de la population techno, l'ecstasy concernerait désormais, des consommateurs de différents milieux festifs, voire urbains.

Les prix constatés entre 2003 et 2005 pour un cachet s'étendent de 5 et 15 euros, pour un prix moyen de 10 euros en 2003 et de 5-7 euros en 2005. Une baisse a donc pu être constatée sur cette période. La poudre de MDMA oscillait, quant à elle en 2005, entre 30 et 70 euros le gramme, avec un prix moyen compris entre 40 et 50 euros.

En termes de qualité, une disponibilité régulière de poudre de MDMA de bonne qualité a été rapportée. Les cachets seraient de qualité plus variable et « les arnaques » les concernant plus nombreuses.

L'ecstasy est essentiellement ingérée, quelquefois fumée ou injectée par les adeptes de ce mode d'administration. Elle est rarement sniffée.

A ce produit ont pu être associés du cannabis, de l'alcool, du tabac, du LSD. Des usages d'opiacés et de benzodiazépines ont également pu être constatés au moment de la descente.

Parmi les consommateurs d'ecstasy, deux usages peuvent être distingués : un usage festif avec une recherche d'euphorie, de stimulation et d'empathie et un usage anxiolytique, davantage observé en milieu urbain.

---

<sup>44</sup> Il s'agit des personnes qui ne consomment pas du tout le produit, ou des non-consommateurs de drogues en général

Chez ces consommateurs, l'ecstasy semblerait posséder une image festive, celle d'un produit peu onéreux et efficace. Cependant l'aspect aléatoire de son contenu semblerait ternir sa réputation. Les non-usagers n'apprécieraient pas non plus son contenu chimique, « peu naturel ».

Les dommages sanitaires liés à cet usage et constatés ont été : des « bad trips<sup>45</sup> », des états hallucinatoires ou dépressifs, des usages « auto-thérapeutiques », des dépendances aux opiacés induites par leur usage lors de la descente, des problèmes générés par la composition aléatoire du produit (tels que les ingestions involontaires de MCPP<sup>46</sup>, un hallucinogène, évoquées en 2005).

## **Les faits marquants pour l'année 2006**

### ***Parmi les tendances qui restent stables, la disponibilité constante de l'ecstasy***

La disponibilité de l'ecstasy semble *a priori* constante. Une légère augmentation de la disponibilité de celle-ci sous sa forme cristalline a été observée cette année. Néanmoins, certains de nos interlocuteurs ont constaté un désengouement pour ce produit au profit de la cocaïne, comme a pu l'évoquer le groupe focal répressif : « *J'ai l'impression que l'ecstasy est en train de se barrer. La coke, envahit* ».

### ***Un produit de qualité variable***

Certains usagers des milieux urbain et festif, ainsi qu'un acteur de la réduction des risques en milieu festif attribuent ce désintérêt vis-à-vis de l'ecstasy à la qualité aléatoire voire médiocre des produits qui circulent. Il a été rapporté qu'« *a priori, il y a beaucoup de gens qui se plaignent de la qualité des ecstas qu'ils trouvent. Moi, j'ai plus entendu [parler] d'ecstasy dont les gens se plaignaient que de bons* ». Ou encore : « *la probabilité de tomber sur des bons est tellement mince que les gens recherchent de moins en moins ce produit. C'est devenu un produit pour les étudiants qui n'y connaissent rien en drogue* » (groupe focal usagers). Cette remarque concernant la médiocre qualité des ecstasy vient confirmer les plaintes des usagers des années précédentes, et notamment en 2004.

La présence de MCPP, substance aux effets inattendus, peut renforcer l'idée d'un produit dont la qualité peut être médiocre : « *Je crois que c'est lié à du MCPP. Genre, je mange un 1/4 de taz et je vomis toutes les 20 min ou alors des tazes qui ne font pas trop d'effets, obligé de les manger par 4 ou par 5. Mais pas de trucs vraiment forts* » rapporte un acteur de la réduction des risques en milieu festif.

Cette perception de la qualité peut alors avoir pour conséquence une augmentation des quantités consommées ou une absence de fractionnement des prises afin de garantir à l'utilisateur des effets. Ainsi « *Untel en prend à chacune de ses soirées techno, même s'il déplore une certaine dégradation de la qualité des cachets depuis ses débuts. C'est pourquoi, il ne fractionne plus ses prises* » rapporte un enquêteur en milieu festif.

Enfin, s'agissant du prix, il serait compris pour l'année 2006 entre 5 et 10 euros l'unité selon la qualité du produit.

### ***Un produit qui se banalise***

L'ecstasy est un produit dont l'usage semble s'être banalisé auprès des consommateurs de produits psychoactifs illicites ces dernières années comme l'indiquent les témoignages des capteurs en milieu festif. « *C'est limite perçu comme une drogue douce, un peu comme le cannabis* » déclare un acteur de la RdR en milieu festif tandis qu'un usager affirme qu'il s'agit de l'« *une des drogues dures les plus banalisées aux yeux des jeunes. C'est surtout les jeunes qui commencent à aller en soirée qui commencent par ce type de drogues* ». De même, parmi les usagers interrogés dans le cadre de l'enquête PreLud, 84% de l'échantillon déclarent avoir consommé de l'ecstasy au cours de leur vie, l'âge moyen de la première consommation se situant autour

<sup>45</sup> Il s'agit d'une mauvaise expérience liée à un usage de drogues, qui peut se manifester par des angoisses, une paranoïa, une crise de panique...

<sup>46</sup> Le m-chlorophénylpipérazine (mcpp) est une molécule identifiée entre décembre 2004 et janvier 2006 par le dispositif SINTES dans certains comprimés, vendus sous l'appellation *ecstasy*. De nombreuses personnes ayant consommé ces comprimés ont présenté des malaises physiques et psychiques. m-chlorophénylpipérazine (mcpp), nouvelle identification, note d'information, OFDT, 14/03/2006.

de 19 ans. La voie orale semble être le mode d'administration le plus utilisé (75% des sujets), mais l'injection l'est aussi pour 33.3% des usagers. En revanche, le sniff et l'inhalation à chaud sont peu utilisés pour consommer l'ecstasy.

### ***Des effets sur le rythme cardiaque***

Outre des effets qui peuvent lasser les consommateurs sur le long terme, l'ecstasy peut également générer des effets secondaires désagréables. Ainsi, un consommateur a évoqué l'arrêt de sa consommation en raison de problèmes cardiaques, notamment au moment de la descente.

### ***« Le paradis », un nouveau produit ?***

Le fait le plus marquant de l'année 2006 a été l'apparition d'un produit réputé contenir du MDMA et de la mescaline, nommé le « Paradise ». Un interlocuteur du milieu festif, lui-même consommateur en a décrit longuement les effets. En voici un extrait : « *C'est la désinhibition de l'ecstasy avec le côté visuel et « trippy » de la mescaline. Ça rappelle un petit peu les effets du LSD mais sans le sentiment de régresser en termes d'âge mental, de devenir débile, de s'en marrer et de s'en amuser. C'est vraiment, à la finale, plus tonique que le MDMA, plus festif, plus convivial. Tu sens qu'il y a plus d'énergie déployée. C'est vachement moins personnel. Moins cette bulle dans laquelle on s'enferme* ». Le produit dont il est ici question se présentait sous la forme de cristaux bleus. L'analyse d'un échantillon collecté dans le cadre de SINTES n'a révélé que la présence de MDMA dans le produit<sup>47</sup>.

Un autre usager, du milieu festif, ayant expérimenté un produit vendu sous cette appellation en a fait une autre description : « *Ça se présente sous la forme d'une poudre blanche, le gramme est vendu 20 ou 30€ (...) Apparemment il s'agirait de résidu de plusieurs drogues. En fait le dealer met en commun les fonds de pochons qui lui restent, et recompose des grammes, qu'il vend ensuite sous l'appellation « Paradise ».*

Concernant son mode d'administration, ce même interlocuteur explique : « *Tu mets un quart de gramme dans une bouteille d'eau [pleine] de 50cl. Tu mélanges et ensuite tu le bois* ». Les effets qu'il décrit sont similaires à celui des amphétamines : « *Ça te maintient éveillé, c'est tout. Tu ne ressens pas de grosses montées, ni de bouffées de chaleur mais t'es réveillé. Ça ressemble à du speed (...) J'ai pas trouvé ça super, ça te rend nerveux lorsque tu en consommes de trop, t'es sur les nerfs* ».

Il semble que cette appellation « Paradise » ait concerné deux types de produits, mais il n'a pas été possible d'investiguer davantage sur cette question.

## ***L'usage d'amphétamines-speed***

### **Rappel pour les années 2002-2005**

Les amphétamines sont des psychostimulants puissants, utilisés comme produit dopant ou dans un cadre toxicomane (effets stimulants et anorexigènes).

Le premier type d'amphétamines rencontré sur le site est appelé « speed » par les usagers. Il se présente sous la forme d'une poudre ou d'une pâte, aux couleurs variées. Ce produit serait plus ou moins disponible selon les milieux fréquentés. Une baisse de sa disponibilité, ou tout au moins de la visibilité de son usage, a été constatée en 2003 et 2004.

<sup>47</sup> Note d'information SINTES, datant du 6 avril 2007 : La circulation d'une poudre dénommée Paradise et supposée contenir un mélange de MDMA et de mescaline a été signalée à Marseille en début d'année 2007. La présence de ce produit avait déjà été rapportée en Bretagne au printemps 2006.

*Bien que les usagers aient décrit des effets particuliers après consommation orale de cette poudre (notamment des hallucinations visuelles très fortes), les échantillons recueillis sur les deux sites ne contenaient que de la MDMA dosée à 44% et 72%.*

*Il est à noter que l'expertise collective de l'INSERM sur l'ecstasy indique des hallucinations visuelles dans 10 à 20% des cas après la prise de MDMA, donc que les effets ressentis sur les deux sites ne sont pas incompatibles avec le produit consommé ».*

Les prix variaient entre 15 et 30 euros le gramme en 2003 et entre 5 et 30 euros en 2005 avec un prix moyen de 15 euros le gramme. Le « speed » en pâte serait légèrement plus cher avec un prix moyen en 2005 de 20 euros.

La composition de ce produit serait relativement méconnue des utilisateurs. Le lien entre « speed » et amphétamines ne serait par exemple pas toujours fait.

Le « speed » peut être ingéré, sniffé ou injecté. L'ingestion serait un mode d'usage qui se répand, après une période où le sniff était privilégié, malgré les sensations de brûlures occasionnées au niveau des narines.

A ce produit, de l'alcool, du tabac et du cannabis ont pu être associés de même que des usages d'opiacés ou de benzodiazépines lors de la descente.

Les consommateurs de ce produit en apprécieraient les effets durables et stimulants. Le « speed » serait perçu comme un produit facilement maîtrisable, ne modifiant pas la conscience. Bien que ses effets soient proches de la cocaïne, ses détracteurs sembleraient le trouver moins subtil. Il serait qualifié de « *coke du pauvre* ».

Les personnes consommant du speed seraient principalement issues du milieu festif techno ou punk, des populations marginalisées et de communautés issues des pays de l'Est.

Les dommages sanitaires liés à cet usage et constatés ont été : des cas de déshydratation, de pertes d'appétit, des épisodes paranoïaques et plus largement de troubles du comportement, avec des accès de violence et des dommages liés au mode d'administration utilisé.

## **Les faits marquants pour 2006**

### ***Un produit peu disponible en 2006***

Au sein du milieu festif, le « speed » semble avoir été peu disponible cette année, exception faite de la période du teknival de Vannes-Meucon en juillet. Seuls les grands rassemblements festifs sont l'occasion de prises de « speed » selon les dires du groupe focal répressif, qui constate une baisse conséquente des saisies effectuées : « ... moins. Beaucoup moins qu'il y a quelques années. Avant, on voyait des arrivées d'un kilo voire 500g. Maintenant...quand on en voit, c'est des quantités infimes ». Cette tendance reste stable depuis 2003. Le groupe focal usagers confirme cette baisse de disponibilité : « Il y a de plus en plus de demandes car les gens préfèrent prendre du bon speed que de la mauvaise cocaïne mais la disponibilité a baissé : Ce sont des arrivages ponctuels ».

En milieu urbain, le marché semble constant mais comme l'explique un membre du groupe focal sanitaire, il serait « moins spectaculaire » qu'il n'a été. Une pénurie au second et au quatrième trimestre 2006 a été observée. L'augmentation de son accessibilité au sein du milieu urbain rennais cet été a été mise en parallèle avec le teknival de juillet : « Je l'ai acheté 10 euros le gramme là bas, et je le revends entre 15 et 20 euros », rapporte un usager. Il est à noter que « le speed » a eu la réputation d'être de piètre qualité.

### ***Un trafic de petite envergure***

Vis-à-vis du profil des vendeurs, un acteur de la réduction des risques en milieu festif explique : « Je vois rarement de gros grossistes débarquer comme pour l'ecstasy, (...) C'est préparé déjà avant, les grammes sont prêts. C'est beaucoup de petits trafiquants-consommateurs. Ils ont entre vingt et trente grammes, et sur ça ils vont se payer leurs deux, trois grammes et quelques bières ».

### ***Un produit associé à la cocaïne***

Concernant les associations avec d'autres produits, un mélange avec de la cocaïne, pris en sniff a été rapporté. Des raisons financières ont été invoquées pour expliquer ce mélange de produit.

L'intérêt de la prise en sniff ou en « parachute<sup>48</sup> » a ainsi été expliqué par un capteur du milieu urbain : « *Si tu prends que du speed, c'est mieux de le prendre en parachute, tu ressens moins le mauvais goût du speed. Mais quand je le mélange à de la coke, je préfère le prendre en sniff, je ressens plus l'effet de la coke* ».

### ***Les effets du surdosage d'amphétamines***

Une prise en charge sanitaire anecdotique a été rapportée par des professionnels de santé. Elle concernait une personne insérée, se procurant du « speed » via un ami dans le Sud-Est asiatique. Cette personne présentait un tableau de surdosage atropinique<sup>49</sup> dû à une consommation massive d'amphétamines.

---

<sup>48</sup> Dose de produit mise dans une feuille de papier à cigarette et avalée avec de l'eau ou de l'alcool.

<sup>49</sup> L'atropine peut être un des produits de coupe des amphétamines. Les effets d'un surdosage peuvent se traduire par des troubles cardiaque ou respiratoire, une confusion mentale, des hallucinations voire un coma ou un décès par collapsus cardio-respiratoire.

## L'USAGE D'HALLUCINOGENES

### *L'usage de cannabis*

#### Rappel pour la période 2002-2005

L'usage de cannabis ayant fait l'objet d'une investigation plus approfondie en 2004, les lecteurs sont invités, pour plus de renseignements, à se référer au rapport qui a été édité cette année-là.

Le cannabis, que l'on peut trouver sous forme de résine (« shit, chichon, teush.. ») ou d'herbe (« beuh, beuze, weed... ») est extrait d'une plante aux propriétés psychoactives (le cannabis sativa). Sa consommation tendrait à se banaliser depuis plusieurs années. C'est un produit que l'on a pu qualifier de très disponible et d'accessible ces trois dernières années. Cependant, en 2005, une pénurie entre juillet et novembre a pu être constatée au sein du marché de rue. En 2005, la résine se vendait entre 3 et 7 euros le gramme, avec un prix moyen de 5 euros. Le prix moyen en 2004 était de 3 euros. L'herbe se vendait entre 5 et 10 euros le gramme en 2005, avec un prix moyen de 7 euros (5 euros en 2004). Suite à cette pénurie, il semblerait qu'une baisse de la qualité de la résine ait été observée tandis que l'herbe semblait quant à elle, de meilleure qualité.

Une particularité dans l'approvisionnement du cannabis est à noter : l'autoproduction, relativement présente en Bretagne.

Le cannabis peut être ingéré ou fumé. Ce dernier mode d'administration serait le plus courant. L'usage de la pipe à eau, s'il n'a pas semblé le plus répandu, a été néanmoins fréquemment observé en Bretagne.

S'agissant de polyconsommation, il a pu être observé l'association du cannabis avec tous les produits psychoactifs cités dans ce rapport, tantôt pour réguler leurs effets, tantôt pour les potentialiser.

L'usage de cannabis semble être banalisé chez ses consommateurs, notamment chez les jeunes. Il peut être considéré comme un rituel de passage, le signe d'appartenance à un groupe ou un moyen de communication et est apprécié pour ses effets apaisants et désinhibants. Le regard des non-usagers sur son usage serait, quant à lui, mitigé : entre tolérance, inquiétude et rejet.

Les consommateurs qui ont pu être rencontrés étaient des adolescents en expérimentation, des fumeurs occasionnels, des adultes avec ou sans difficultés sociales majeures.

Les dommages sanitaires liés à cet usage et évoqués ont été : des difficultés psychiques, des troubles psychiatriques, des dépendances ressenties « physiquement », des problèmes respiratoires, des troubles alimentaires, des troubles de la libido.

#### Les faits marquants pour 2006

##### *Une forte proportion d'usagers consommateurs de cannabis*

L'ensemble des usagers interrogés dans le cadre de PreLud indique avoir consommé du cannabis au cours de leur vie. L'âge moyen de la première consommation est de 14.32 ans (ES=2.85). 89.3% déclarent en avoir consommé au cours du mois précédent l'enquête (N=133), à raison d'au moins une fois par jour pour 62.1% d'entre eux. En moyenne, les usagers fument 7.76 joints par jour (ES = 6.69) le plus souvent sous forme de résine de cannabis (86.4% des fumeurs).

##### *Une disponibilité inconstante*

Comme les années précédentes, des pénuries de cannabis ont été observées cette année. La traditionnelle baisse estivale de disponibilité semble s'être prolongée jusqu'à la fin de l'année 2006. Parfois les usagers ont

évoqué qu'il « *est plus facile de trouver de la cocaïne ou de l'héroïne que du cannabis* » indique un des professionnels d'une structure d'accès facilité.

Plusieurs pistes de réflexion concernant cette baisse ont été émises par nos différents interlocuteurs : « *Une pression du gouvernement français sur les pays producteurs* », « *une stratégie des dealers pour faire monter les prix* », « *un désintérêt des dealers de ce produit par rapport à la cocaïne dont la marge financière est moins intéressante et son transport plus difficile (odeur et volume)* ». C'est un produit qui reste cependant relativement accessible.

Le prix semble avoir légèrement augmenté pour la résine de cannabis puisque le gramme est vendu en moyenne 6€, contre 5€ l'année précédente. Le grammé d'herbe quant à lui se serait vendu entre 5 et 10 euros selon sa qualité.

La consommation en bang serait toujours très présente dans les deux milieux observés (urbain et festif). Le groupe focal usagers explique ainsi cet engouement : « *En bang, ce qu'on recherche, c'est la claque, la montée. C'est plus perso en bang. Le joint est plus convivial. Ca se partage* ».

### ***Des difficultés observées lors de quelques tentatives de sevrage au cannabis***

Au cours de l'échange avec le groupe focal sanitaire, différents professionnels ont fait part de leurs observations vis-à-vis du sevrage du cannabis chez certains consommateurs : « *On voit apparaître quelques soucis, lors de tentatives de sevrage au cannabis... sur des personnalités qui étaient en retour de passage à l'acte, des bons psychopathes basiques, qui ont lubrifié leurs rapports sociaux avec le cannabis tant qu'ils ont pu. Ca ne marchait pas trop mal, sauf qu'à un moment, les consommations sont devenues telles que ça pose des problèmes. Et le souci, c'est que quand ils essayent d'arrêter, c'est la cata, parce que les rapports sociaux, amicaux, familiaux, deviennent très compliqués. Avec les employeurs, pareil. Et puis, émergent aussi des composantes dépressives mais inverbalisables, avec forcément retour au passage à l'acte. Mais pour des consommateurs exclusifs, je dis bien en matière de stupéfiants, il n'y a pas autre chose à côté. Ils sont à peu près insérés, si on prend les critères classiques : ils ont une maison, ils ont une femme, ils ont une bagnole, ils ont un boulot... Mais ils sont dans une banalisation complète de la consommation de shit* ».

### ***De l'herbe coupée au verre pilé ?***

Le fait le plus marquant en 2006 concerne de l'herbe de cannabis hollandaise vendue sur le site. Dès juin, une rumeur s'est répandue à propos d'une herbe coupée avec « *du sable* », « *de la laine de verre* » ou encore « *du verre pilé* ». Une fois dans la bouche, ce produit craquerait sous les dents, « *comme si on mangeait du sable* ». La rumeur disait que « *sa consommation aurait provoqué un certain nombre d'hospitalisations sur Nantes ou bien encore sur Rennes* », malgré un démenti du CHU de Rennes. Cette rumeur perdurant en septembre, une collecte a été organisée afin de procéder à une analyse. Les résultats ont montré une présence de quartz ainsi que des microbilles de verres. La masse totale du produit de coupe représenterait presque la moitié du poids total de l'échantillon. Il semble que cette coupe servirait à alourdir le produit afin de faire de plus amples bénéfices.

### ***Des condamnations pour deux magasins vendeurs de graines de cannabis***

Autre fait marquant pour la fin de l'année 2006, c'est la condamnation de quatre personnes qui proposaient à la vente des graines de cannabis dans des magasins de l'enseigne « *le jardin de poche* » et « *le Barracanna* ». Les accusés ont écopé de 4 à 8 mois de prison avec sursis pour des faits qui remontent à l'année 2004.

## ***L'usage de LSD***

### **Rappel pour la période 2002-2005**

Le LSD, appelé « *trip*, buvard, petri » sous sa forme de timbre, « *goutte* » sous sa forme liquide et « *micro-point* » sous forme de mine de crayon, est un produit hallucinogène dont la disponibilité et l'accessibilité serait fluctuante en Bretagne, selon les milieux fréquentés. Sans doute en raison de ses effets, il serait rare en milieu urbain et relativement présent en milieu festif, sous toutes ses formes. Il est à noter l'apparition de LSD sous la forme de gélatine, en 2005 en Bretagne.

Une augmentation des prix a été évoquée en 2005. Ainsi le timbre vendu en moyenne 7 euros en 2003 (entre 3 et 15 euros) était cédé à 10 euros en 2005 (entre 5 et 15 euros). De même, le micro-point est passé de 10 à 15 euros. Seul est resté stable le prix de la goutte : 10 euros. La qualité du produit aurait tendance à être aléatoire et les tromperies nombreuses.

Le mode d'administration le plus fréquent pour le LSD est l'ingestion. Des tentatives marginales d'injection ont été évoquées.

L'alcool, le cannabis et le tabac seraient des produits fréquemment associés au LSD. Le MDMA pourrait également lui être associé afin d'apporter une touche « love » (= d'extase). Les opiacés seraient utilisés pour amortir la descente.

Les usagers de LSD en apprécient les effets de distorsions visuelles ou auditives, de même que l'aspect convivial et la tendance à l'introspection qu'il favorise. Néanmoins, chez eux, comme chez les non-usagers, la notion de « bad trip », souvent induite par ces mêmes effets, serait très présente. Cela fait du LSD un produit dont les consommateurs seraient, généralement, des personnes relativement initiées à la prise de produits psychoactifs. Cependant, une augmentation des expérimentations chez les jeunes a été rapportée ces dernières années.

Les dommages sanitaires liés à cet usage, qui ont été évoqués sont des troubles digestifs, des problèmes dentaires, des états dépressifs voire des troubles du comportement (lorsque le LSD révèle une pathologie mentale).

## **Les faits marquants pour 2006**

### ***La présence de LSD sous sa forme gélatineuse et liquide***

Observé pour la première fois en Bretagne durant l'été 2005, la présence d'acide en gélatine a été confirmée en 2006 par trois témoignages aux mois d'août et de septembre. Ainsi, selon un usager du milieu festif : « *Ca se présente comme une petite gomme, transparente, gélatineuse à l'intérieur* ». La goutte de LSD serait conservée dans la gélatine. « *Ca coûte 15€, et apparemment, selon les bruits qui courent, ça équivaut à deux trips en termes d'effets... C'est super fort* », ajoute cette personne. Une analyse de LSD sous cette forme a été faite en 2006 dans le cadre du dispositif SINTES, mais la très forte volatilité du produit rend les conclusions d'analyses notamment en termes de concentration de la substance peu fiables.

Ce produit sous sa forme gélatineuse serait proposé entre dix et vingt euros. Sa disponibilité ne serait pas régulière et serait associée à des manifestations festives et à certains rassemblements musicaux (grosses soirées techno par exemple.)

La présence de LSD sous sa forme liquide a également été observée en mars. Deux usagers évoquent leur consommation et les effets ressentis : les mouvements sont lents, les pupilles sont dilatées, la conversation décalée.

### ***L'usage de Kétamine***

#### **Rappel pour la période 2002-2005**

La Kétamine est un anesthésiant utilisé en médecine humaine et vétérinaire. Ce produit, appelé « Ket, Ké, K, spécial K, Hobi One » peut se présenter sous forme liquide ou sous forme de poudre.

Consommée en milieu festif pendant une période sur la Bretagne, la kétamine s'est raréfiée ces dernières années. Son prix semblerait varier entre 20 et 60 euros, avec un prix moyen de 40 euros. Mais sa disponibilité serait très ponctuelle et aurait été liée à des vols effectués dans des centres équestres.

La kétamine est principalement sniffée. Parmi les produits qui ont pu lui être associés, la cocaïne a été citée pour ses effets stimulants ainsi que le cannabis, les opiacés ou les benzodiazépines pour leurs effets apaisants au moment de la descente.

Parmi les consommateurs, on peut distinguer des usagers adeptes de produits psychoactifs puissants, appréciant par exemple le ressenti de décorporation ou le sentiment d'euphorie, et des expérimentateurs. Lorsque l'épisode s'est avéré traumatisant, leur perception de ce produit rejoint celle des non-usagers, c'est à dire l'image d'un produit dangereux, la connotation d'anesthésiant pouvant renforcer cette vision.

Vis-à-vis des dommages sanitaires liés à cet usage, les professionnels ont pu évoquer des mises en danger physiques au moment de la consommation, des troubles psychiatriques ou des épisodes de décompensation.

## **Faits marquants pour l'année 2006**

### ***Un produit quasiment absent des deux espaces observés***

Cette année, ce produit a été quasiment absent du milieu urbain. Ainsi, selon un usager : « *C'est rare d'en trouver en ville. Ce sont des arrivages ou des personnes de passage qui en amènent et en vendent. Par contre, quand il y a un plan, il n'y a pas de problème de quantité* ». Toutefois, il semblerait que celle-ci ait été disponible en début d'année 2006, puisque 21 personnes enquêtées dans le cadre de PreLud ont indiqué en avoir consommé sur cette période.

Au sein du milieu festif, la kétamine est qualifiée de peu disponible. Elle apparaîtrait, en général, lors d'évènements festifs majoritairement technos attirant des personnes de différentes régions ou pays.

### ***La kétamine en poudre pour une meilleure gestion des quantités de principe actif***

Concernant sa préparation, la nécessité de la réduire en poudre, même pour les personnes qui l'injectent, s'expliquerait par le fait qu'il soit impossible de connaître le pourcentage de principe actif quand la kétamine est diluée dans de l'eau. Réduite en poudre, les usagers peuvent alors doser précisément la quantité qu'ils vont utiliser. C'est donc par précaution, et surtout par crainte d'une dose trop élevée, que les consommateurs se contraignent à cette procédure.

### ***Des dommages importants associés à des consommations de Kétamine***

En termes de dommages sanitaires, n'ont été rapportés cette année que des dommages liés à des consommations importantes de kétamine. Ainsi, un usager indique qu'à une période où il en consommait régulièrement, il souffrait de troubles de la mémoire et estimait que son « *cerveau ne fonctionnait plus à 100%* ». Pour cette raison, il a restreint sa consommation à quelques évènements festifs.

Le groupe focal sanitaire rapportait quant à lui que quatre personnes ont été reçues aux urgences cette année. Leur admission n'était pas directement due à une consommation de kétamine, mais à des dégâts collatéraux à des situations de polyconsommation : états de dénutrition, de cachexie, de déshydratation... Des états qui seraient inhérents à des périodes de consommation massive de kétamine.

## ***L'usage de LSA - rose de bois***

La LSA - Rose des Bois est un hallucinogène naturel, présenté sous forme de graines. Elle n'a été évoquée qu'une seule fois ces dernières années, à titre anecdotique, par un jeune homme qui s'en était procuré via Internet. Il décrivait des effets proches du LSD mais plus doux. Il rapportait également des douleurs physiques, suite à la consommation d'un tel produit.

Un cas identique a été rapporté cette année. L'analyse par le dispositif SINTES a en effet relevé du LSA dans les trois graines prélevées.

## **L'usage de champignons hallucinogènes**

Trois types de champignons ont été rencontrés au cours de nos investigations ces dernières années :

→ Les premiers sont les psilocybes, présents dans les champs au moment de l'automne. Etant relativement accessibles, ils sembleraient être davantage l'objet de dons ou de trocs que celui d'un trafic. Lorsque cela a été le cas, ils étaient vendus entre 1 et 3 euros les dix champignons.

Ils peuvent être consommés frais ou séchés et sont généralement ingérés, intégrés ou non à une préparation culinaire. Etant majoritairement consommés en cadre festif, l'alcool, le tabac et le cannabis leur seraient fréquemment associés. Leur association avec du MDMA ou du « speed » permettrait l'apport d'une touche psychédélique à l'effet stimulant.

Chez les usagers, les champignons possèdent l'image d'un produit naturel, aux effets hallucinogènes maîtrisables et euphorisants. Leur dangerosité serait considérée comme moindre, notamment par rapport aux produits de synthèse.

Les troubles digestifs seraient les principaux dommages sanitaires évoqués.

→ Les seconds champignons rencontrés sont les amanites tue-mouche, objets de consommations très anecdotiques. Les effets ressentis par les consommateurs se rapprocheraient très fortement du LSD. L'amanite serait consommée séchée, notamment afin de réduire les troubles digestifs que peut engendrer sa consommation.

→ Enfin, les champignons d'origine étrangère tels que les champignons mexicains ou hawaïens ont été rencontrés sur les sites bretons. Internet serait le mode d'approvisionnement principal. Par son biais, il serait possible de commander des champignons mais aussi des kits afin de procéder à leur culture.

Ces champignons sont consommés de la même manière que les « psilos ». Les effets ressentis seraient, selon les usagers, plus agréables que ceux des champignons français. Ces champignons seraient cependant réputés plus forts.

### ***Une disponibilité constante par rapport à 2005***

L'usage de champignons a été mentionné tout aussi régulièrement en 2006 que les autres années et en particulier en automne.

Un usager du milieu festif, lors d'un entretien, a rapporté cette année des éléments concernant l'auto-production de champignons. Il évoquait un ami qui se serait procuré un kit : « *C'était fait dans les barquettes (...) On peut acheter des barquettes en Espagne ou en Hollande. Et c'est des barquettes où ils vont injecter des spores de champignons. Et puis avec les conditions de chaleur et d'humidité, ça fait pousser (...) Tu peux faire ça à l'intérieur, dans un placard* ». Chaque barquette contiendrait plusieurs variétés de champignons : « *Il y avait des mexicains, hawaïens, puis encore deux, trois autres sortes* ». Ayant goûté ces champignons, l'usager interrogé estimait qu'ils étaient « bons », comparables à ceux que l'on trouve sur le marché.

## **L'usage de Datura**

La Datura est une plante aux propriétés hallucinogènes, constituée de têtes ou « bottes », contenant chacune 150 à 200 graines. Cette plante est également nommée « Dat » ou « Herbe du diable ». Elle n'a été rencontrée qu'en milieu urbain, où sa disponibilité était due à sa présence en qualité de plante ornementale dans les jardins publics. Cette disponibilité tendrait à s'amoinrir en raison de l'intervention d'organismes de santé publique, suite à une douzaine d'hospitalisations en 2004. Ces hospitalisations faisaient suite à des consommations volontaires.

Ce sont les graines qui sont consommées. Elles peuvent être fumées mais sont le plus souvent ingérées. Les dosages sont rarement connus et les dommages sanitaires ont été principalement liés à une ingestion de quantité importante de graines. Des associations, dans le cadre de polyconsommation, ont été faites avec de l'alcool, du cannabis ou des opiacés.

Parmi ses consommateurs, ont pu être identifiées des personnes accoutumées à la prise de produits psychoactifs et qui recherchent des effets puissants ainsi que des personnes n'ayant pas dépassé le stade de l'expérimentation. En effet, la plupart ont rapporté des hallucinations violentes, pouvant prendre un caractère morbide et être traumatisantes. Ceci expliquerait la mauvaise réputation de ce produit, même chez les consommateurs les plus expérimentés.

Deux cas d'hospitalisation suite à des prises de Datura ont été rapportés lors du groupe focal sanitaire, de même que des expérimentations qui se seraient mal terminées : blessures, hospitalisations, pertes de mémoires, violences... Depuis 2003, ce produit semble de moins en moins présent sur le site de la Bretagne. Il est à noter toutefois que 3 usagers interrogés dans le cadre de PreLud ont indiqué avoir consommé du datura au cours du mois qui a précédé l'enquête c'est-à-dire sur la période février-mars 2006.

### ***L'usage de Salvia divinorum***

La Salvia Divinorum, rencontrée sous le nom de « sauge divinatoire » est une plante dont la consommation a été rapportée en 2004. Elle serait disponible par le biais d'Internet ou encore lors de voyages, notamment en Hollande. Elle n'a été citée qu'à titre anecdotique lors de l'investigation spécifique sur les produits naturels.

Lors des deux épisodes de consommation qui avaient été évoqués, elle avait été consommée séchée, en joint avec du tabac. Dans l'un des épisodes, de l'alcool lui avait été associé. Les usagers ont décrit des effets euphorisants, proches du cannabis.

Aucun autre élément n'a pu être recueilli à ce sujet.

## L'USAGE D'AUTRES MEDICAMENTS

### *L'usage de Protoxyde d'azote*

Le protoxyde d'azote, présenté sous forme gazeuse, à l'intérieur d'un ballon est utilisé en thérapeutique pour ses propriétés anesthésiques et analgésiques. Ce gaz a par ailleurs des effets excitants et euphorisants. Son inhalation à des fins hilarantes n'a été mentionnée qu'en 2003, à titre anecdotique lors d'un teknival en Bretagne.

Ce produit n'a pas été mentionné cette année. Toutefois selon l'enquête PreLud, trois personnes ont déclaré un usage de protoxyde d'azote pour le début d'année 2006.

### *L'usage de GHB*

Le GHB (ou gamma-hydroxybutyrate) est un anesthésique humain qui se présente sous la forme d'un liquide incolore et inodore. C'est un produit de synthèse qui est détourné de son emploi du fait de ses propriétés anabolisantes, euphorisantes, dissociatives, aphrodisiaques et amnésiques.

Le GHB n'a été rencontré qu'une fois sur les sites bretons, sous sa forme liquide. Il avait été consommé volontairement par une jeune femme au cours d'une soirée. Cette dernière avait éprouvé des effets de désinhibition et ressenti des troubles de la mémoire. Depuis, ce produit n'a plus été mentionné. Il semble précédé de sa réputation de « drogue du viol » et avoir une image négative. Cependant aucun usage de ce produit n'a été identifié dans le cadre de telles agressions, jusqu'ici sur la Bretagne.

Aucun élément nouveau n'a été mentionné sur ce produit cette année.

### *L'usage de Flunitrazépam (Rohypnol®)*

Présenté sous la forme de comprimés quadri sécables, bleus, le Rohypnol® est un anxiolytique puissant aux effets hypnotiques et myorelaxants. Chez les usagers de drogues, il a été détourné de son usage pour réguler ou potentialiser les effets d'autres produits. Il a pu en outre, être consommé pour obtenir à un dosage élevé un effet paradoxal.

S'il a été très disponible il y a quelques années, le Rohypnol® le serait de moins en moins depuis sa classification sur le tableau des stupéfiants en 2001. Son accessibilité de plus en plus difficile a obligé les usagers à s'orienter vers d'autres benzodiazépines. Uniquement délivré sur prescription, il ne ferait pas l'objet de trafic mais plutôt de troc ou de dépannage.

De l'alcool ou des opiacés ont pu être associés au Rohypnol® afin d'en potentialiser les effets. L'association avec de la cocaïne permettrait au contraire la régulation des effets.

Chez les usagers de produits psychoactifs, le Rohypnol® posséderait une mauvaise réputation liée aux comportements violents souvent observés lors de son usage, notamment lorsqu'il est consommé conjointement avec l'alcool. Sa réputation de produit favorisant les abus sexuels participerait à cette image négative.

Les rares consommateurs identifiés par les structures seraient des personnes très marginalisées, âgées de plus de trente ans.

Les dommages sanitaires liés à cet usage et observés ont été : des surdosages, des crises d'épilepsie, des comportements violents, des amnésies.

Outre quelques associations avec de l'héroïne afin d'en potentialiser les effets, le Rohypnol® n'a guère été observé cette année en dehors de protocoles médicaux. Cette donnée est confirmée par les résultats de l'étude PreLud, où peu d'usagers indiquent consommer du Rohypnol®. Les raisons évoquées pour justifier sa consommation sont soit pour arrêter l'héroïne soit pour « la défonce ». La plupart du temps, ce médicament est acquis par prescription médicamenteuse.

## **L'usage de Trihexyphenidyle (Artane®)**

### **Rappel pour les années 2002-2005**

Ce médicament, présenté sous la forme de comprimés blancs non sécables, a été prescrit durant une période comme correcteur des effets secondaires de certains neuroleptiques, mais il serait surtout utilisé dans le traitement de la maladie de Parkinson. Il peut être détourné de son usage par certains usagers, surnommés parfois les « Artaniens », pour obtenir des effets hallucinatoires puissants. Disponible par le biais de prescriptions, l'Artane® serait généralement troqué ou offert.

Il est ingéré dans la plupart des cas, et injecté par quelques « irréductibles ». Certains produits comme les opiacés ont pu lui être associés au cours de la descente pour retrouver une certaine forme d'apaisement. Ses consommateurs réguliers l'apprécieraient pour ses effets provoquant une perte de contrôle et une modification totale de leur état de conscience. Mais beaucoup de ses expérimentateurs semblent ne pas vouloir réitérer l'expérience. Ce médicament posséderait la réputation d'un produit générant des comportements violents et des pertes de conscience.

### **Les faits marquants pour 2006**

#### ***L'Artane®, un produit sur le retour et disponible***

L'Artane® semble, selon le groupe focal sanitaire, revenir à la mode. Son usage ne concernerait cependant qu'une dizaine de personnes au sein du milieu urbain.

La disponibilité de l'Artane® a pu être évoquée cette année lors d'un entretien avec un membre du groupe focal usagers « *C'est disponible. Celui qui cherche vraiment en trouve. Il y a de la vente dans la rue. Mais c'est surtout dans le milieu des zonards. Soit ils les achètent dans la rue, soit les médecins [en] prescrivent de manière assez complaisante* ».

Selon le groupe focal sanitaire, cette disponibilité serait due à « *un côtoiement de la population psychiatrique qui fait qu'il y a un marché qui s'instaure étant donné que ce sont des médicaments qui sont refusés par les gens qui ont des problèmes mentaux et qui intéressent les gens du monde de la toxicomanie. Il y a [donc] un business qui s'instaure facilement* ».

#### ***Des cachets gobés dans des quantités variables***

Concernant son mode d'administration, le groupe focal usagers explique : « *C'est principalement gobé. J'ai vu une fois une injection mais c'est très rare. Les cachets sont avalés avec de l'alcool* ».

Les quantités consommées semblent variables. Ainsi, un membre du groupe focal usagers évoque : « *Trois ou quatre cachets suffisent à te décoller la tête. Les effets sont plus forts que le LSD. Les hallucinations sont très puissantes et incontrôlables. Les descentes sont très dures à vivre, tu peux avoir des remontées pendant 4 ou 5 jours* ». Selon certains professionnels de santé, ils auraient rencontré des personnes ayant consommé « *jusqu'à vingt/vingt-cinq cachets en une seule prise* ».

Les consommateurs d'Artane® seraient, selon le groupe focal sanitaire, « *des personnes très désocialisées, poly consommateurs en recherche de défonce par n'importe quel moyen* ».

### ***Des conséquences sanitaires liées au surdosage***

Les dommages sanitaires relatés cette année évoquent avant tout des surdosages, avec une décompensation psychiatrique et une incohérence manifeste. La consommation d'Artane® pose en outre des problèmes aux équipes hospitalières en cas de surdosage, ce qu'explique un intervenant du groupe focal sanitaire : « *Parce que c'est franchement dangereux et qu'on n'a pas d'antidote, alors si ça se passe mal, ça se passe mal. L'Artane®, on croit que c'est rien et en plus, il a une image d'un produit absolument pas dangereux. C'est un produit de prescription courante. Au CHS<sup>50</sup>, ils ont un neuroleptique, ils ont un Artane® ou un Leptikur®. (...) Il n'y a pas longtemps, on a eu un mort. Bon, c'était une prise excessive, un suicide, pas de la toxicomanie. Mais il est mort, on a rien pu faire. Et c'est un produit qui dure longtemps, on s'est même posé la question si ce n'était pas un produit avec des phénomènes de rebond : ça se passait bien, c'était une bonne évolution et clac !* ».

### ***L'usage de Zépam (Valium®)***

#### **Rappel pour la période 2002-2005**

Cette benzodiazépine se présente sous différentes formes : comprimés sécables, gouttes buvables et ampoules injectables. Cette dernière forme a été la plus répandue jusqu'en 2005 au sein de la population des injecteurs, dans le milieu urbain rennais. Le Valium® serait facilement accessible en dehors d'une légère baisse de disponibilité en 2004, mais à condition de connaître les médecins prescripteurs. Concernant le marché de rue, des prix compris entre 10 et 20 euros la plaquette de six ampoules furent communiqués en 2003.

Le Valium® (Val, vava, la valérie) est utilisé pour ses effets sédatifs et hypnotiques, afin de compléter les effets d'un traitement de substitution ou de pallier au manque. Le Skénan LP®, le Subutex® et la Méthadone® lui seraient donc fréquemment associés. Cette « benzo » serait également utilisée pour potentialiser les effets de l'héroïne. La consommation d'alcool en association avec ce produit serait courante.

Injecté principalement en intraveineuse et parfois en intramusculaire, le Valium® permettrait à certains d'assouvir leur piquomanie<sup>51</sup>. Apprécié pour ses effets sédatifs apaisants, le Valium® serait néanmoins, critiqué pour ses effets proches de l'apathie ainsi que pour son administration douloureuse. La sédation qu'il provoque aurait en outre, pour conséquence de diminuer la sensation de bien-être lié au Skénan LP® et donc d'inciter les usagers à augmenter les dosages et les prises.

Les dommages sanitaires liés à cet usage et constatés ont été de nombreuses détériorations du système veineux (brûlures, infections, scléroses veineuses...) et des surdosages liés à des associations avec des opiacés.

#### **Les faits marquants pour 2006**

##### ***Le Valium® toujours disponible à Rennes***

Nos différents interlocuteurs (qu'ils soient du groupe focal usagers, du groupe focal sanitaire ou du milieu festif) sont unanimes : le Valium® serait toujours présent à Rennes, mais en moindre quantité qu'en 2005.

La consommation de Valium® par voie injectable afin de pallier à la pénurie de Skénan LP® semble avoir considérablement diminuée, bien qu'en demeurent quelques adeptes. Le groupe focal usagers confirme : « *Depuis quelques mois, il n'y en a plus. En début d'année, on observait encore des consommations. Les personnes le consomment en injectable quand ils arrivent à se le faire prescrire mais de plus en plus, il est pris en comprimés* ».

Le constat est le même pour le groupe focal sanitaire : « *Il y en a beaucoup moins à le faire que l'année dernière. Surtout en intramusculaire. Il y a eu des grosses lésions mais c'était peut-être certaines personnes que du coup ça a marqué. A un moment, ils se faisaient prescrire du Valium® liquide qu'ils s'injectaient en*

<sup>50</sup> CHS : Centre Hospitalier Spécialisé (en psychiatrie)

<sup>51</sup> Qualifié de « vice à la pompe » ou piquomanie en langage médical, Rapport TREND site de Rennes, année 2004. Ces deux termes sont employés pour désigner le comportement compulsif autour du rituel de l'injection.

*intramusculaire. Il y [en] a moins ». Le groupe focal sanitaire explique ainsi la persistance pour certains de l'injection de Valium® : « Il y [en] a toujours en intraveineuse parce qu'ils pensent toujours que ça nettoie les veines et que, quand on n'a pas d'alcool à 90°, on met du Valium® pour déboucher. Mais, c'est quand même un peu moins. Ils passent aux fioles. C'est à moindre risque en solution buvable ».*

Les importantes dégradations du réseau veineux dues aux injections de Valium® constatées en 2005 ont poussé nombre de consommateurs à abandonner cette pratique.

#### ***La solution buvable comme mode de consommation préférentiel***

La solution buvable aurait désormais la réputation de produire les mêmes effets qu'en injectable, selon le groupe focal sanitaire : « *Ca, c'est quelque chose de nouveau cette année dans les représentations des usagers. Avant, c'était vraiment en intraveineuse que c'était mieux et maintenant, on parle de la solution buvable qui serait bien aussi* ».

Les quantités ingérées ainsi seraient impressionnantes mais relativisées par le groupe focal sanitaire : « *Ils se mettent trois flacons par jour (...) c'est la solution à 15%* ».

#### ***Le Valium® associé à d'autres substances***

Des ordonnances où se juxtaposent Valium® et Skénan LP® ne sont plus évoquées par les professionnels de santé.

Le Valium® a pu être associé au Subutex®, afin de procurer un effet de « défonce » que ne produit pas ce dernier. Cette association tendrait cependant à diminuer, selon un intervenant d'une structure d'accès facilité : « *C'était plus courant à la fin du printemps et au début de l'été. Cette association me paraît moins fréquente en fin d'année* ». Le Valium® serait également souvent associé à des benzodiazépines comme le Seresta® ou le Tranxène®.

#### ***Le Valium® souvent consommé par les personnes en situation de grande précarité***

Le Valium® serait généralement utilisé par des personnes très précarisées, en « *grand désarroi social* », en raison de la modicité de son prix et de sa facilité de prescription.

### ***L'usage de Rivotril®***

#### **Rappel pour la période 2002-2005**

Le Rivotril®, médicament présenté sous la forme d'un comprimé quadri sécable, est utilisé dans le traitement des épilepsies. Mais il a été popularisé par sa prescription dans le sevrage des benzodiazépines.

Il serait cependant rare et peu accessible en Bretagne. Deux hypothèses pourraient expliquer sa présence : par le biais de prescriptions faites à des personnes séjournant en service psychiatrique, qui les proposeraient ensuite en troc ou en dépannage, ou des prescriptions réalisées par des médecins refusant de fournir à cette population des sulfates de morphine et proposant ainsi une autre réponse.

Le Rivotril® serait plutôt ingéré qu'injecté. Ses quelques consommateurs appartiendraient au public de rue, rencontrés en milieu urbain.

Aucun dommage sanitaire lié à cet usage n'a été rapporté jusqu'en 2005.

### **Les faits marquants pour 2006**

#### ***Augmentation du mésusage de Rivotril® en 2006...***

En 2006, le mésusage de Rivotril® serait un phénomène en augmentation par rapport à 2005 d'après nos observations en milieu urbain et selon le groupe focal sanitaire. Un usager rapportait néanmoins, lors du groupe focal usagers, à propos de la disponibilité de ce médicament que : « *C'est rare. Il n'y a pas de marché de rue* ».

Les consommateurs se situeraient dans une recherche d'apaisement, afin de calmer leurs angoisses. Il s'agirait souvent de consommations dépassant les doses prescrites.

### ***Et augmentation des dommages sanitaires.***

En 2006, des dommages sanitaires ont été évoqués par des professionnels de santé suite à des consommations de Rivotril® : problèmes neurologiques dus à une mauvaise gestion du produit, arrêts brutaux de consommations importantes provoquant des crises épileptiformes. Des hospitalisations via les urgences dues à des malaises ou des comas d'origines diverses avec en arrière-plan une consommation de Rivotril® ont par ailleurs, été évoquées.

### ***L'usage de PCP***

La PCP (ou phencyclidine autrement appelé poussière d'ange) est un anesthésique qui se présente sous forme de poudre grise ou brune, ou comme une substance gommeuse ou encore en format liquide ou en comprimé. La PCP peut être injectée, fumée, avalée ou prise. Les effets sont variables selon les quantités consommées, ainsi à dose faible, le consommateur ressent un effet de stimulation, à des doses plus importantes, la PCP altère ou supprime les perceptions sensorielles et la compréhension de l'environnement, au-delà de 20mg, le consommateur peut être victime de convulsion voire de coma.

La PCP a été mentionnée en 2005. Elle aurait été présente dans un quartier rennais pendant une quinzaine de jours. Dans l'épisode de consommation qui a été rapporté, la PCP avait été vendue 30 euros les six cachets.

Elle avait été consommée pilée, associée à de l'herbe dans un joint. Les effets ressentis par ses usagers seraient à la fois proches de ceux de l'ecstasy en raison de sensations de montées et de descentes, de ceux d'hallucinogènes en raison de distorsions visuelles et de ceux de la cocaïne en raison du sentiment de puissance. Des troubles digestifs furent ressentis au cours de la consommation et un état dépressif passager aurait suivi cette expérience.

Aucun autre élément n'a pas été recueilli concernant ce produit.

En 2006, aucun usage de PCP n'a été mentionné.

### ***L'usage de Solvants***

Le terme de solvant désigne une gamme de produits de synthèse variés : colles, solvants, détachants, vernis, dérivés du pétrole, etc. Inhalés, ces produits provoquent des distorsions auditives et visuelles. Les principes actifs les plus connus sont l'éther, le trichloréthylène et l'acétone. Fortement neurotoxiques, les solvants sont utilisés de manière détournée par les adolescents le plus souvent, car ils sont d'accès facile et de prix très bas (OFDT).

Aucun usage n'a été mentionné cette année lors de nos investigations y compris dans l'enquête PreLud bien que la Bretagne soit selon l'enquête ESCAPAD 2002-2003 en tête des régions françaises concernant l'expérimentation de solvants...

# Thématique approfondie : « Evolution des consommations de cocaïne, sur le site de Rennes entre 2002 et 2006 »

---

## INTRODUCTION

### *Les milieux d'investigation*

Afin d'étudier au mieux l'évolution des consommations de cocaïne sur le site de Rennes depuis 2002, la thématique approfondie en 2006, a été menée sur chacun des terrains habituels d'observations : le milieu festif, principalement composé des espaces festifs techno, des festivals, des discothèques et des soirées privées et le milieu urbain, au sein duquel il est observé plus particulièrement les populations fréquentant les structures bas-seuil. Ces deux milieux possédant leurs spécificités, ils pourront être traités individuellement selon les chapitres.

En milieu festif, la consommation de cocaïne demeure un usage peu renseigné bien que croissant. La complexité de son observation semble tenir autant au fait de son champ de diffusion très large, qu'à la diversité de ses modes de consommation et des représentations associées à ces modes. Cette étude, qui permettra d'approfondir davantage notre connaissance de la consommation au sein de ce milieu, s'appuie sur des entretiens avec des usagers de cocaïne provenant de différents horizons festifs et sur des observations émises par des intervenants du domaine de la réduction des risques en milieu festif.

En milieu urbain rennais, une certaine disponibilité du produit est observée mais il ne semble pas aussi aisé de se procurer de la cocaïne qu'en milieu festif. Les consommateurs expérimentés, exigeants sur la qualité, peinent à trouver un produit répondant à leurs attentes tandis que les usagers occasionnels semblent se satisfaire de ce que propose le marché de rue. Dans cette note, ne seront concernées que les personnes ayant ou ayant eu des consommations très régulières et massives de cocaïne. Seront alors abordés les points suivants : comment les modes de consommation ont évolué, les motivations personnelles dans l'arrêt ou la continuité des prises, mais aussi l'influence du contexte sur le choix de consommation.

### *Evolution de la consommation de cocaïne et de la free base/Crack sur le site*

Les appellations « cocaïne », « free-base » et « crack » faisant référence à des produits distincts dans les représentations des usagers, elles seront donc distinguées au cours de cette étude.

Il semble qu'au cours de ces dernières années, la cocaïne soit devenue plus disponible tandis que son usage se banalisait. Ainsi en 2005 en Bretagne, 8 625g de cocaïne ont été saisis dont 40g dans les Côtes d'Armor, 2821 dans le Finistère, 5 448 en Ille et Vilaine et 316g dans le Morbihan<sup>52</sup>.

D'une manière générale, la cocaïne ne semble plus réservée aux personnes ayant une aisance financière. Elle s'est largement démocratisée au fur et à mesure que les prix ont baissé. On la retrouve désormais dans tous les milieux sociaux comme dans tous les mouvements festifs.

Cependant, l'ensemble des sources s'accordent sur le constat suivant : la baisse des prix s'est accompagnée d'une baisse de la qualité diminuant ainsi les effets puissants de la cocaïne tant recherchés, notamment par les nostalgiques d'une époque où l'on trouvait de « *la vraie cocaïne* » (capteur en milieu urbain). Ce phénomène pourrait avoir eu un impact sur les modes de consommation. Ainsi, en milieu urbain, de plus en plus d'usagers déclarent fumer de la cocaïne afin d'en potentialiser les effets, même s'il semble difficile de trouver de la cocaïne en caillou sur le marché des stupéfiants. Nombreux sont les consommateurs à se la procurer sous

---

<sup>52</sup> Sources : O.C.R.T.I.S. 2005

forme de poudre, puis à la baser, afin de la fumer. Cet usage leur permet d'éliminer les produits de coupe afin d'obtenir un produit plus pur qui leur assurera une montée puissante. C'est une tendance plus difficile à cerner en milieu festif car le contexte ne se prête pas toujours à une telle pratique.

Quant à la banalisation de son usage, il convient de préciser qu'il s'agit d'une banalisation de l'usage occasionnel. Les professionnels de santé ou de réduction des risques ne constatent pas d'augmentation de l'usage problématique de cocaïne, mais plutôt une augmentation de l'expérimentation et de l'usage récréatif. L'image positive dont bénéficie la cocaïne favorise sa consommation en sniff dans un cadre festif.

## **LES USAGES DE LA CONSOMMATION DE COCAÏNE ET FREE BASE/CRACK SUR LE SITE**

### ***Caractéristiques démographiques et sociales des consommateurs***

L'usage de ce produit semble concerner différentes catégories de la population, tant au niveau socioprofessionnel qu'en termes d'âge. Il a été cependant possible, au travers des observations de distinguer différents profils de consommateurs :

#### **Les usagers en milieu festif**

D'une manière générale, il semblerait que la moyenne d'âge des consommateurs de cocaïne rencontrés au sein de cet espace se situe entre 25 et 30 ans. Ces consommateurs disposeraient généralement de revenus, bien que des personnes en situation précaire aient pu être rencontrées. Selon un intervenant en réduction des risques, les usagers "déclarés" de cocaïne sont « *un peu plus vieux que la moyenne des usagers* ». Cela pourrait être dû à un coût plus élevé de la cocaïne en comparaison d'autres produits ainsi qu'à une volonté croissante avec l'âge de ressentir des effets plus subtils.

La structuration des échanges au sein des espaces de prévention, comme notamment l'anonymat, ne permet cependant pas d'établir une description précise de cette population.

Les personnes qui ont été rencontrées pour les besoins de cette investigation se situent dans cette tranche d'âge. Elles sont issues de la classe moyenne, enfants d'employés. Elles appartiennent à différents milieux festifs : discothèques, soirées techno (raves, teknivals...), concerts, festivals... Deux possèdent des emplois stables et disposent d'un logement tandis qu'un autre est en situation précaire. Chacun d'entre eux consomme de la cocaïne depuis plusieurs années : entre six et dix ans.

#### **Les usagers en milieu urbain**

Les professionnels de santé interrogés pour cette enquête disent rencontrer de plus en plus de jeunes personnes (moins de 25 ans) « *ayant des expériences de week-end qui pourront être amenées à consommer autre chose quand il n'y a plus de cocaïne ou encore pour apaiser les contrecoûts des prises de coke* ». On parle parfois de poly-consommation festive.

Un intervenant exerçant dans un centre de soins spécialisé en toxicomanie, note également « *l'apparition d'un groupe de consommateurs, substitués à la Méthadone® qui utilisent la cocaïne comme compensation au manque de montée de la Méthadone®. Ils ont tourné la page avec les montées d'héroïne et retrouvent cet effet avec la coke* ». De même, un autre professionnel (groupe focal sanitaire) évoque des consommateurs de cocaïne : « *Avec la symptomatologie alcool qui vient en premier, ils viennent en soin « alcool », sauf qu'on voit bien que dans les autres prises de produit, ça peut être de la coke* ».

Mais globalement, le profil de consommateur de cocaïne pourrait être « *M. Tout Le Monde* » (groupe focal usagers), tant les critères communs sont difficiles à déterminer, comme l'indique le groupe focal sanitaire : « *Mais je dirais qu'il n'y a pas que des toxicomanes qui sont à la rue. Il n'y a pas que le milieu festif, les gens de la rue. Il y a aussi une grande proportion de gens qui consomment, qui ne sont ni l'un, ni l'autre* ».

Les personnes interrogées dans le cadre de cette enquête sont quant à elles des consommateurs ayant ou ayant eu recours de façon massive à la cocaïne. Elles ont toutes eu des expériences, plus ou moins longues, d'injections, ainsi qu'un parcours de poly-toxicomanes. Elles consomment régulièrement des opiacés, mais la

cocaïne représente à leurs yeux un produit de prédilection. Leur situation sociale est difficile. Ces personnes sont bénéficiaires du RMI et vivent de « *débrouille* » indique un capteur du milieu urbain et d'emplois précaires. Elles possèdent toutes un logement, dont la pérennité reste fragile. Leurs origines sociales sont modestes, la plupart sont issues de famille d'ouvriers ou d'employés. Elles ont entre 25 et 39 ans et consomment de la cocaïne depuis vingt ans pour le plus âgé et depuis six ans pour la plus jeune. Ces usagers fréquentent aussi bien le milieu festif techno, que le milieu rock et punk.

### **Les effets recherchés et ressentis de la cocaïne et de la free base/Crack**

Parmi les effets recherchés et ressentis, la plupart des consommateurs rencontrés dans l'espace festif ou urbain déclarent avant tout apprécier les effets dynamisants, euphorisants du produit : « *la motiv', la confiance en soi... ça fait rigoler* », « *l'état d'éveil qu'elle procure. Le fait d'être plus sûr de moi et d'avoir une aisance pour parler* » et la subtilité des effets qu'il est possible de dissimuler : « *Ce qui est bien, c'est que ça se voit pas....* ». L'exemple d'un consommateur issu de l'espace festif, utilisant ce produit dans l'exercice de sa profession illustre la recherche de ce type d'effets : « *Je vais être très carré, très méticuleux. Je vais avoir les yeux partout, parce je me dis que s'il y a une connerie de faite, c'est parce que j'ai consommé de la drogue. Une trace de coke, c'est vite fait. Et je sais que je vais assurer après* ».

En plus de la qualité du produit, les effets ressentis semblent quant à eux dépendre de la quantité consommée, notamment lors d'un usage régulier du produit : « *Il y a une accoutumance aux produits, il faut que j'en prenne plus maintenant* » (capteur en milieu festif). De même, ils dépendraient du mode d'administration. C'est pourquoi seront étudiés ici, les effets inhérents à une prise par inhalation à froid (le « sniff »), à une injection puis à une inhalation à chaud (« baser »).

D'après les témoignages recueillis, la coke sniffée ne procure pas de « flash ». Ce terme sera évoqué plus loin dans ce chapitre. Le produit mettrait plus de temps à monter mais les effets seraient plus longs. Les effets se feraient sentir après quelques minutes par une sensation de bien-être physique et intellectuel : « *Cela donne envie de parler et d'avoir l'impression que tout ce que tu dis est intéressant. Cela te donne envie de faire plein de choses. On n'a plus faim, on n'est plus fatigué. L'effet s'estompe au bout d'une heure et tu as direct envie de recommencer* » (groupe focal usagers). Pour les adeptes des autres modes d'administration, consommer de la cocaïne en « sniff » est assimilé à du « *gaspillage* » (groupe focal usagers). La quantité qu'il serait nécessaire d'inhaler pour obtenir des effets satisfaisants selon eux serait trop importante. Au regard du coût de la cocaïne, il est préférable pour eux de potentialiser la recherche d'effet en optant pour un autre mode d'administration « *plus efficace* ».

Les effets recherchés de la cocaïne en injection semblent avant tout s'orienter vers le « flash ». Les effets qui suivent cet instant seraient les mêmes qu'avec les autres modes d'administration bien que plus intenses. Cependant pour les injecteurs, ces effets n'auraient guère d'intérêt. L'obtention du « flash » serait la priorité : « *L'inconvénient, c'est que tu enchaînes shoot sur shoot pour réussir à avoir plein de flash* » indique un usager. Pour chaque personne interrogée, le flash semble représenter une sensation différente. Il peut être question de sensations auditives, parfois d'un effet de lumière. La sensation d'un goût métallique peut également être évoquée. Tous les usagers sont unanimes pour décrire le sentiment de puissance, de montée, de poussée importante, voire de propulsion. Ils disent ressentir le produit dans tout le corps. Ce moment serait de courte durée. « *Une grande sensation de bonheur, un plaisir au-dessus de tout* » est décrite par un usager. Voici le récit d'un autre usager : « *C'est très difficile à décrire. Tu as comme des sifflements et tu vois tout blanc pendant quelques secondes. En fait, tu as un flash de lumière très intense qui t'éblouit. Tout part en fusée. Si tu te laisses aller, tout part avec* ».

Fumer la cocaïne, selon nos interlocuteurs, serait un compromis entre la recherche de « flash » et les inconvénients dus aux injections. Ce mode de consommation permet de procurer une sorte de « flash » et les effets sont plus longs : « *Il y a l'accélération cardiaque et tu as aussi la montée au cerveau* » indique un usager de l'espace urbain. Un autre usager de l'espace festif le décrit ainsi : « *Un putain de bien-être ! Tu vas transpirer de partout. Tes pupilles changent de taille, elles grossissent, diminuent* ». Tous s'accordent sur le fait que les effets sont plus forts, intenses mais plus éphémères qu'avec la consommation par voie nasale. Le côté sociable et festif du produit pris en sniff fait place à une expérience plus individualiste, dans un espace plus confiné (ex : dans un appartement ou un camion). L'aspect compulsif du free base est également relaté par un usager de l'espace urbain : « *Quand tu la fumes, ça a toujours un goût de " Reviens-y "*  ».

Parmi les effets ressentis avec l'usage de cocaïne, des effets négatifs sont également évoqués, comme par exemple les sensations de stress. A l'opposé du portrait idyllique de la cocaïne, un capteur du milieu festif admet ne pas aimer les effets de ce produit. « *Je crois que je n'aime pas l'effet* » et reconnaît certains effets indésirables comme la paranoïa, des montées de stress qu'il ressent notamment lorsqu'il se trouve en présence de personnes non consommatrices.

La qualité du produit peut aussi influencer la perception qu'en ont les usagers. Ainsi, ils mettent en avant des frustrations car ils sont tributaires de la qualité du produit consommé. Quel que soit le mode d'administration choisi, la détention d'un « *bon* » produit et un environnement favorable permet plus facilement d'atteindre le niveau de sensation recherché. La mauvaise qualité de la cocaïne disponible peut d'ailleurs inciter certains à cesser d'en consommer. Ainsi un usager explique : « *Maintenant avec la coke qu'on trouve, je ressens un contre effet. On devient lourd, on a chaud. Alors qu'avant, la coke c'était aussi froid que de l'éther. Quand on shootait, à peine la veine trouvée, il fallait envoyer sinon ça devenait un caillot. Avec la coke qui circule depuis environ un an, on sent qu'elle est présente mais elle est aussitôt étouffée. Elle stimule les neurones, je ressens qu'elle est présente mais je n'arrive pas à avoir de flash. Et le pire, c'est que tu as beau être déçu, tu as toujours envie d'en reprendre comme si c'était de la bonne* ». Effectivement, d'après les témoignages recueillis, la qualité du produit serait nettement en baisse depuis plusieurs années. « *Ça arrive régulièrement que je ne sente rien* » dit un consommateur tandis qu'un autre évoque des coupes effectuées à partir d'amphétamines : « *Les mâchoires, ça travaille ! Et puis même, tu le sens. Ça fait plus l'effet speed, et puis quand tu mets le nez dans ton sachet pour sentir l'odeur, tu sens plus l'amphet' qu'autre chose* ».

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

### **Les problèmes sanitaires liés aux effets du produit**

Quel que soit le mode d'administration, les usagers réguliers ont relaté unanimement des problèmes d'amaigrissement, de dérèglement du sommeil, une dégradation de l'état général dus à une mauvaise nutrition et au manque de sommeil. Outre les nombreuses « palpitations cardiaques » évoquées par nos interlocuteurs du groupe focal usagers, le risque principal est la surdose. Bien que ce risque soit prégnant chez tous les consommateurs, il est plus particulièrement présent chez les injecteurs. Certaines personnes interrogées ont ainsi vécu des accidents de surdosage avec des conséquences plus ou moins graves. Pour un usager, cela s'est traduit par un malaise, sans conséquence sur le long terme : « *Une fois, je me suis fait une grosse frayeur. C'était dès le matin, au réveil. Je me suis fait un bon gros shoot. J'ai eu des grosses suffocations, je manquais d'oxygène. Cela a duré peu de temps et ça s'est calmé sans secours médical. J'ai ouvert la fenêtre, j'ai pris l'air et ça s'est calmé normalement. Je n'avais pas consommé plus que d'habitude mais je venais juste de me réveiller et le cœur s'est emballé* ». Dans certains cas, le surdosage aurait pu s'avérer dramatique. Ainsi, un usager de l'espace urbain raconte : « *J'ai fait une endocardite. C'est suite à un shoot, j'ai senti des picotements dans la tête. J'ai vomi et j'ai senti des picotements partout (...) J'arrivais plus à manger, j'avais mal au bras, j'étais blanc et je convulsais. J'ai été voir un médecin au bout de 15 jours qui m'a donné des antibiotiques. J'ai commencé à aller mieux et après j'ai tardé. Donc, quand je suis arrivé à l'hôpital, j'étais carrément anémié, je crachais du sang (...) Personne ne me disait ce que j'avais. Je voyais pourtant qu'il se passait quelque chose de grave. C'est après qu'ils ont diagnostiqué une endocardite<sup>53</sup>. J'aurais pu mourir* »

Les conséquences non maîtrisées que les usagers décrivent semblent provenir d'un irrésistible besoin de consommer. On parle de manque psychologique, d'une dépendance mentale. Ainsi après ce qui est nommé « *une grosse session* » de consommation, une sensation de manque plus ou moins forte selon les personnes, manifestée dans la semaine suivant la prise de cocaïne ou juste après la prise, est évoquée. Elle peut se caractériser par une envie irrésistible d'en reprendre, une certaine nervosité, voire des tremblements, et par une dépression. Un consommateur dépeint ainsi cet état : « *Tu deviens exécration avec les gens. Quand tu n'en as pas, ça va pas. Tant que tu n'as pas tourné la page avec la coke. C'est un manque lancinant. Ça te revient toujours dans la tête* ».

---

<sup>53</sup> Endocardite : inflammation de l'endocarde, enveloppe interne du cœur.

## **Les problèmes sanitaires liés au mode d'administration**

Selon l'enquête Prelud, le mode d'administration le plus fréquemment utilisé au cours du mois qui a précédé l'enquête est l'injection (pour 60.9% des usagers), mais l'inhalation à chaud et le sniff sont aussi pratiqués par certains (respectivement 46.4% et 43.5%). Ce sont les mêmes usagers qui déclarent pratiquer le sniff et l'inhalation à chaud, en revanche ces derniers se distinguent des injecteurs.

Chez les personnes ayant recours à la pratique de l'injection, l'aspect compulsif de la consommation de cocaïne n'est pas sans avoir de lourdes conséquences sur la détérioration du système veineux. Un intervenant d'une structure d'accès facilité rapporte : « *Ca nous est arrivé le lundi de voir arriver des gens (...) qui font : « Oh là, là ! Regarde, j'avais de la coke ce week-end ! » Défoncés, vingt trous pour trouver la veine ! »* ».

En sniff, l'usage répété de cocaïne détériorerait rapidement les sinus. Des saignements de nez et des irritations de la cloison nasale ont souvent été signalés. Ainsi un intervenant en milieu festif évoque : « *J'ai vu quelqu'un être hospitalisé pour une hémorragie nasale. Un gros consommateur de coke mais qu'en sniff »* ».

Fumer la cocaïne provoquerait à plus ou moins long terme des problèmes pulmonaires, notamment liés à l'adjonction d'ammoniaque. Il convient d'ajouter qu'au cours de ces dernières années, en milieu festif, des interventions sanitaires avaient lieu, suite à des absorptions accidentelles d'ammoniaque<sup>54</sup>.

## **Les dommages psychologiques**

Chez certains consommateurs de cocaïne sont également rapportés des états paranoïaques, des crises d'anxiété et des angoisses. Les professionnels de santé évoquent des décompensations psychiatriques pour des personnes ayant déjà une personnalité « fragile ».

## **Les demandes de soins**

Il semble qu'au niveau des soins concernant la dépendance aux opiacés, les usagers sachent auprès de quelles structures ils peuvent s'adresser. Il n'en serait pas ainsi pour les usagers de cocaïne, comme l'évoque un membre du groupe focal sanitaire : « *Moi, je n'ai pas l'impression que les gens le savent. A la consult', j'ai pas mal de jeunes qui sont nouveaux arrivants sur Rennes, étudiants, et on cause, et il y a problème et ils n'ont aucune idée pour savoir à qui s'adresser (...). Même leur médecin, ils n'y pensent pas. Mystère total »* ».

Selon les professionnels de santé, les personnes qui sont actuellement dans une démarche de soins sont essentiellement des « *injecteurs de cocaïne qui font des injections mais alors, de façon frénétique, et qui ont des soucis avec leurs bras (...) et qui font appel à des infirmiers ou des médecins pour régler ce problème-là »* (groupe focal sanitaire). Il semblerait qu'ils ne rencontrent pas de personnes ayant davantage recours au sniff. Ces intervenants attribuent ceci au fait qu'il ne s'agit pas du « *même milieu, milieu plutôt aisé, ils savent calmer le jeu quand il y a un souci »* ».

Du point de vue des usagers, il apparaît que le recours aux structures de soins soit difficile malgré la gravité de certaines situations, comme les accidents de surdosage. La détention de produits peut constituer un frein à un recours médical, même dans des situations de détresse. En outre, la question de l'aide que pourrait apporter un médecin semble se poser pour ceux qui ont souhaité réduire ou arrêter leur consommation. L'absence de produit de substitution représenterait un écueil, ce que reconnaît un intervenant sanitaire : « *Pour la coke, on n'a pas les mêmes arguments thérapeutiques que pour l'héroïne, comme la substitution et le sevrage. A part des fois les antidépresseurs, on est limités »* ».

## **Les dommages sociaux**

Chez certains consommateurs problématiques peut se créer un décalage entre la vie considérée comme "normale" et la "vie sous cocaïne" : « *Tu consommes toute la nuit et tu dors le jour. Tu ne manges plus. Tu ne vois plus que les gens qui consomment avec toi ou les gens qui te vendent »* ». Petit à petit, les consommateurs peuvent pénétrer dans une spirale d'exclusion, la consommation de cocaïne les écartant peu à peu des schémas d'intégration sociale. Il peut devenir difficile de concilier un travail, des études, des relations sociales entre des non-consommateurs et des consommateurs abusifs de cocaïne. C'est pourquoi certains, afin de ne pas se

---

<sup>54</sup> Les usagers détiennent de l'ammoniaque pour baser la cocaïne afin de la mettre sous forme de caillou. Cette opération est nécessaire pour pouvoir fumer la cocaïne.

confronter à l'incompréhension, le dissimulent : « *Moi, j'ai toujours caché ma consommation de cocaïne et d'autres choses aussi, d'ailleurs. J'ai toujours évité d'en parler, justement parce que je savais qu'il y aurait des reproches et je n'ai pas envie de les entendre. Ça fait peur aux gens, et ça coupe les relations* ».

### **Les problèmes avec l'entourage**

La consommation de cocaïne, lorsqu'elle est sue, semble faire systématiquement l'objet de reproches de la part de l'entourage (amis, famille). Les proches constatent des changements physiques (dégradation de l'état général, amaigrissement) mais aussi des conséquences psychologiques, sociales, sanitaires et financières qu'ils ont du mal à accepter. Il semble difficile pour l'entourage d'assister à la métamorphose de la personne, parfois rapide, sans pouvoir intervenir.

### **Les dommages financiers**

Les conséquences financières sont souvent inhérentes à des consommations abusives de cocaïne. De celles-ci peuvent notamment découler de graves problèmes judiciaires. Comme l'explique un usager : « *La coke, c'est le seul produit qui m'a emmené aussi loin. J'ai eu des problèmes avec la justice parce que j'ai fait n'importe quoi pour trouver de l'argent. Ces conséquences je ne les ai pas subies avec les autres produits. C'est le seul produit qui te ronge autant le cerveau. J'ai fréquenté des gens infréquentables. Dans le monde de la coke, il y a les armes, la prostitution* ». Pour nombre de consommateurs problématiques, le besoin d'argent a été destructeur. Les processus se ressemblent : « *Je me suis plusieurs fois, retrouvé dépossédé de tout ce que j'avais, être obligé de tout vendre car j'avais des dettes. On m'avançait de la coke, je bouffais tout. Et après, il fallait rembourser. J'étais obligé de faire des casses. Cela m'a parfois emmené très loin* » dit un usager.

## **MODALITES DE CONSOMMATION**

### ***Les contextes possibles de consommation***

Les contextes de consommation de la cocaïne peuvent être divers. Le milieu festif, (en semaine ou en week-end), type discothèque, rave, festival, ainsi que les « apéros » entre amis sont des lieux de consommation privilégiés. La plupart des consommateurs de cocaïne déclarés se retrouverait davantage dans les soirées techno. Cependant, cette réalité ne peut occulter un phénomène émergent : la cocaïne dépasse largement le mouvement techno et se rencontre au sein de plus en plus d'espaces festifs (ex : festival, soirées étudiantes...). Mais si la cocaïne semble avant tout un produit de performance associé à la fête, il en est pour lesquels, sa consommation ne se limite pas aux moments festifs et envahit la vie quotidienne. « *Même si la coke est la bienvenue à n'importe quel moment, c'est dans un esprit festif que je consomme le plus. Mais si j'avais les moyens et la garantie de la qualité, c'est au quotidien que je consommerais* » confie un usager. Un autre déclarera consommer dans l'exercice de sa profession.

Le contexte peut aussi bien influencer sur la consommation, que sur les modes d'administration. Ainsi quel que soit le type d'espace, le sniff demeure le mode d'administration par excellence. Le contexte ne semble pas influencer la manière de consommer le produit en sniff, contrairement à la cocaïne fumée : « *Quand je fume, j'ai besoin d'être posé. En teuf par exemple, c'est difficile d'être tranquille, je préfère l'injecter car c'est plus rapide. Si je ne peux pas la fumer en teuf, soit j'en prends pas, soit j'en achète mais je la ramène chez moi* » raconte un consommateur du milieu urbain.

C'est aussi parfois le produit qui va influencer sur le contexte pour certains : « *Moi, c'est plutôt en fonction du produit que je vais choisir le contexte dans lequel j'ai envie de la prendre* ». Pour d'autres, les choses semblent immuables et rien ne pourrait détourner de l'envie du produit : « *Ce n'est pas le contexte qui va influencer ma consommation. C'est uniquement la corrélation entre un bon produit qui circule et l'argent dont je dispose. Si ces deux conditions sont réunies, rien d'autre ne peut influencer ma consommation* ».

### ***Les motivations dans le choix de consommer de la cocaïne ou de la free base/Crack***

Les motivations dans le choix de consommer de la cocaïne ou du free base semblent être déterminées par le mode d'administration. Celui-ci varie en fonction des effets recherchés. Ceux qui ont recours au sniff, le font pour la raison suivante : « *C'est pour les effets, c'est plus soft, c'est plus marrant et les effets durent plus* ».

*longtemps. Tu ressens plus de choses, ça te tape moins sur le crâne* ». Les adeptes du flash vont uniquement consommer en injection. Les injecteurs décrivent la difficulté à « *se contenter* » des effets de la coke sniffée ou fumée quand ils ont connu la puissance de la cocaïne injectée. Ceux qui recherchent l'effet euphorisant se satisferont de la cocaïne fumée ou sniffée.

La qualité peut parfois être déterminante dans le choix du mode d'administration. Une qualité médiocre de cocaïne peut inciter les usagers à modifier leurs habitudes de consommation. Face au coût élevé du produit, se crée une recherche de potentialisation des effets. En la basant, la cocaïne est libérée de ses produits de coupe et les effets peuvent être plus forts, même quand elle est fumée. En injectant la cocaïne en poudre, les usagers ingèrent également les produits de coupe qui amoindrissent les effets : « *Moi, quand j'ai un nouveau plan, je commence par l'injecter. Si je vois qu'elle n'est pas bonne, je la base et la fume. Comme ça, je suis sûr de me prendre quand même une bonne balle* ».

## **Modalités de préparation, consommation et matériel utilisé**

### **Le free base/crack**

La cocaïne est principalement achetée en poudre. Chaque consommateur fait sa « *cuisine* » dans son coin. Il existe deux modes de préparation pour baser la cocaïne.

Une préparation se fait avec de l'ammoniaque. En voici une description par un usager de l'espace urbain : « *Je prends la coke, je la mets dans l'ammoniaque. Je la chauffe. J'attends qu'elle fasse une goutte. Déjà si ce n'est pas de la bonne coke, elle ne se met pas en goutte. Parfois, il y a des produits de coupe qui passent dans la goutte, et quand tu la fumes, elle est dégueulasse, elle a un goût de plastique. Après j'éponge l'ammoniaque avec un Sopalin en plongeant le Sopalin sur le bord du récipient. Après je la rince une première fois en mettant de l'eau, je la re-chauffe et j'essore à nouveau avec un Sopalin. Ensuite je remets juste de l'eau sans chauffer et là j'aspire seulement l'eau. Quand tu chauffes, il ne faut pas faire bouillir. Plus la chauffe est douce, plus la galette est bien préparée* ». Il est à noter que certains mélangent dès le début de la préparation l'ammoniaque avec de l'eau.

Une autre préparation se fait avec du bicarbonate de soude. En voici une description : pour un gramme de poudre, il faut mettre un quart de gramme de bicarbonate. Il faut immerger le produit dans de l'eau. Ensuite, il faut chauffer jusqu'à ce qu'une mousse se forme. Le bicarbonate se retrouve à la surface avec les impuretés. Il faut ensuite écumer les dépôts qui se trouvent en surface et vider l'eau. Après, il faut gratter ce qui se trouve dans le fond du récipient et mettre à sécher sur un filtre à café. D'autres procèdent de la même manière uniquement avec de l'ammoniaque. Cependant les proportions diffèreraient. Cela nécessiterait un tiers de bicarbonate et deux tiers d'eau.

Selon un usager : « *La free base préparée avec du bica est plus propre et moins nocive. L'ammoniaque est très corrosive au niveau des poumons, surtout si elle n'est pas bien séchée. Il y a des risques pulmonaires et neurologiques* ».

Pour la fumer, certaines personnes utilisent des bouteilles en plastique, car ils ne peuvent se procurer des doseurs. Ils posent un papier aluminium à l'extrémité ouverte, font des petits trous dans le papier et y déposent des cendres. Ils déposent le caillou sur le lit de cendre. Ils percent ensuite un trou dans le corps de la bouteille afin d'y insérer une paille pour aspirer et peuvent alors fumer.

D'autres utilisent des canettes de métal : « *Avec une canette de bière 50cl, tu la plies en deux. Au niveau de la pliure tu fais plein de petits trous avec une aiguille. Tu mets de la cendre dessus et tu poses ton caillou. Après tu fumes* » indique un usager du milieu festif.

Ce même consommateur a rapporté une autre technique à partir d'un doseur d'alcool : « *En fait on mettait un fil électrique, on faisait une grille assez épaisse, 2/3 mm d'épaisseur. On la mettait sur le bec-verseur. On posait le caillou dessus et puis on fumait. L'avantage avec ça, c'est même quand y en a plus, y en a encore ! Comme la grille est épaisse il en reste encore entre les trous du caillou. Donc une fois fini, tu peux encore tirer une taffe dessus* ».

Enfin, la « *chasse aux dragons* », version cocaïne est pratiquée par des consommateurs. Le caillou est mis dans la rainure d'une feuille d'aluminium pliée en deux. Il est ensuite chauffé légèrement. De la fumée s'échappe, qui est aspirée par l'intermédiaire d'un tube fabriqué artisanalement (feuille de papier, carton enroulé).

En ce qui concerne l'injection de free base, différents avis sont émis. Certains prétendent qu'il n'est pas possible d'injecter de la coke basée, qu'il faudrait auparavant la passer dans un mélange d'eau et de citron. Certains se refusent à le faire à cause de la présence d'ammoniaque dans le caillou, qui, une fois injectée, serait trop dangereuse. D'autres encore disent l'avoir injecté après avoir réduit le caillou en poudre et préparer ensuite comme une injection de cocaïne poudre. Il s'agit à chaque fois de témoignages isolés.

### **La cigarette à la cocaïne ou « clope à la coke »**

Cette pratique ayant été citée à plusieurs reprises au cours de ces dernières années, il est apparu intéressant d'en étudier la préparation. Deux techniques ont ainsi été relatées par deux usagers du milieu festif.

La première consiste en ceci : *« Tu enlèves le filtre, tu mets un carton à la place. Tu détasses ta clope. Et puis t'aspères la coke dans la clope. T'as la trace (4/5 cm) devant toi. Tu prends la clope dans ta bouche et puis t'aspères. Comme ça, ta coke va se répartir un peu partout dans la clope. Et puis tu retasses, ça va continuer à la répartir vers le fond. Ensuite pour fumer tu tires une latte et tu retiens la fumée, ça fait plus d'effet et la coke, c'est cher, faut pas gâcher. Ensuite la clope tu la fais tourner ».*

La deuxième méthode est la suivante : *« T'enlèves le filtre de la cigarette, tu mets un carton. Tu perces la cigarette. Tu mouilles tout autour de ta cigarette, tu étales ta coke et tu roules ta cigarette sur ta coke. Ensuite tu prends une feuille et tu la colles autour de ta clope ».*

Un des deux usagers, pratiquant les deux préparations, dresse une comparaison entre celles-ci : *« En ce qui concerne la deuxième méthode, c'est moins bon car tu as plus de papier, mais ta coke est bien répartie autour de ta cigarette. C'est pas comme quand tu l'aspères ou ça peut faire un tas quelque part. Une fois que ça bloque, ça fait un bouchon. Si on est deux à fumer sur la clope, on va avoir tous les deux la même chose, tandis que si elle est aspirée il suffit que t'ais eu un bouchon au début, un petit caillou, l'autre il ne va rien avoir ».*

### **Quantités consommées et fréquence de consommation**

Chez les usagers rencontrés en milieu festif, les quantités de cocaïne consommées en une session sont sensiblement les mêmes si le produit est sniffé : un gramme, seul ou avec des amis. Cependant, chacune des personnes interrogées a pu observer quelques pics dans sa consommation, pouvant aller jusqu'à deux grammes, consommés seul.

Concernant la « base », la quantité moyenne serait la même (un gramme), avec également quelques écarts. Un usager de l'espace festif reconnaît en avoir consommé *« huit grammes à deux »*.

La fréquence de consommation est variable. Elle peut passer d'une consommation quasi-quotidienne pour certains, durant des laps de temps néanmoins restreints, à une prise par mois. Lors d'*« une grosse session »*, en " base " ou en shoot, la cocaïne peut être consommée toutes les cinq à dix minutes.

Pour une seule injection, les quantités peuvent varier quant à elles de 0,2 à 1 gramme. La fréquence de consommation est aussi très variable. Elle est fonction des moyens financiers disponibles, comme l'indique un consommateur : *« Pour moi, tout seul, je vais prendre un ou deux grammes pour une soirée. Quand je dealais, c'était cinq grammes par nuit. Maintenant que je suis obligé de l'acheter sans faire de business, tu diminues forcément les doses. Actuellement, je consomme en moyenne deux grammes par semaine ».*

Pour un autre, consommateur depuis vingt ans : *« Dans mes années folles, j'ai vu rester bloqué avec cent grammes et les consommer en une semaine et ne faire que ça pendant une semaine sans manger, sans dormir et perdre quatre kilos. Actuellement, j'en prends quasiment plus, car j'en ai marre de courir après de la " merde " ».*

La quantité consommée semble varier selon le contexte : *« Quand il y a du monde avec moi, on discute et du coup, je m'en envoie beaucoup moins. Quand je suis tout seul, je fais shoot sur shoot »*, indique un usager. La cocaïne se consomme toujours en session. Le produit est consommé compulsivement jusqu'à l'épuisement du stock. La durée des sessions est variable, elle peut s'étaler de trois mois consécutifs à une soirée. Les usagers vont en consommer tous les jours pendant un moment, puis font une pause, en raison de problèmes judiciaires ou financiers.

## **Les effets indésirables et leur mode de gestion**

### **Les effets indésirables décrits sont d'ordre physique et psychologique**

Sur un plan physique sont relatés des problèmes d'acné, des bouffées de chaleur, des douleurs rénales, des sensations de lourdeur et d'oppression, des sècheresses buccales. A cela peuvent s'ajouter les dommages inhérents à tel ou tel mode d'administration.

Des effets indésirables sont généralement ressentis après les premières sensations agréables provoquées par la consommation de cocaïne. Ils sont décrits comme un « *vague sentiment de malaise* », « *une irrésistible envie d'en reprendre* ». En effet, l'instauration d'une forme de dépendance, éphémère, survenue après la dernière prise d'une longue session de consommation a été relatée par différents usagers de l'espace festif et urbain. Cette période qualifiée de "désagréable", dans la plupart des cas, disparaît assez rapidement (quelques heures, voire quelques jours après).

Chez certaines personnes, ou bien lors de certains épisodes de consommations, peuvent surgir des idées « *noires* », des sensations paranoïaques. Un usager de l'espace festif relate : « *Quelqu'un disait quelque chose de bizarre, et je croyais que c'était pour ma gueule. Ensuite, je croyais que le mec d'une copine me faisait une crise de jalousie alors qu'il n'y avait rien du tout. Ça a duré tout l'après-midi, je me suis isolé puis c'est parti* ».

Chez les usagers problématiques de cocaïne, l'angoisse de ne plus avoir de produit peut provoquer un stress intense. Certains développent des stratégies pour contrebalancer cet effet : « *Pour les effets, le fait de la fumer ça fait plus stresser, en injection, ça te fait moins stresser. Alors, je m'en garde toujours un peu pour finir par un bon taquet. Et puis quand tu la fumes, ça a toujours un goût de " Reviens-y "* » (groupe focal usagers). Ce stress est accru lorsque l'entourage se trouve dans la même situation de manque.

Le décalage qui s'installe avec la réalité est également mentionné comme effet indésirable. La cocaïne donne un sentiment de surpuissance et d'invincibilité qui ne s'inscrit pas dans une réalité quotidienne. Lorsque le produit vient à manquer, une prise de conscience de ce décalage s'opère, et s'ensuit alors, une période de dépression. Dans certains cas, la consommation d'héroïne ou de morphine peut alors être une réponse visant à apaiser les angoisses et la dépression.

### **Les produits utilisés en association**

Plusieurs produits utilisés en association avec la cocaïne émergent des entretiens réalisés auprès des usagers et concernent deux fonctions plus ou moins distinctes selon les associations : la régulation ou la potentialisation d'effets.

Ainsi, le mélange alcool/cocaïne enlèverait le sentiment de paranoïa et désinhiberait davantage. La cocaïne aurait en outre, la faculté de réguler les effets de l'alcool : « *Ca te redescends un peu quand t'es bourré* » rapporte un usager de l'espace festif.

Du cannabis peut être adjoind à de la cocaïne, au sein même d'un joint ou fumé après une prise. Selon des connaisseurs, la résine permettrait d'atténuer les effets (négatifs et positifs) du produit tandis que l'herbe en potentialiserait les effets positifs.

Il est à noter aussi, l'association de la cocaïne à une prise de LSD : « *Lorsque c'est trop fort, tu prends une petite trace de coke et ça t'éclaircit les idées* » (usager de l'espace festif). Elle permet alors de réguler les effets de ce produit.

De même, elle peut être appréciée par certains afin de gérer cette période désagréable qu'est la descente. Un usager déclarait en consommant après une « *grosse soirée sous ecstasy* ».

Certains usagers apprécient le « *Speed-Ball* ». Il s'agit d'un mélange de cocaïne et d'héroïne dans une même préparation. La recette « traditionnelle » serait deux tiers d'héroïne pour un tiers de cocaïne ou encore moitié-moitié. Ces effets conjugués permettraient à l'héroïne d'atténuer la descente de cocaïne, et à la cocaïne de

dynamiser l'effet de l'héroïne. Cette préparation nécessite cependant de disposer de deux produits de qualité au même moment.

L'héroïne seule, est quant à elle, utilisée pour gérer les effets d'angoisse et de stress dus à la descente. Un acteur de la réduction des risques en milieu festif témoigne : « *Quelqu'un qui a pris énormément de cocaïne pendant un week-end, ça arrive qu'ils descendent avec l'héroïne. Ce sont des gens qui en consomment habituellement mais aussi des gens qui n'en consomment que dans ces cas là* ».

Mais en l'absence de ce produit ou de moyens financiers, le recours aux benzodiazépines serait fréquent, notamment en milieu urbain avec l'utilisation du Valium®.

D'autres associations sont possibles comme l'indique un usager : « *J'ai associé plein de trucs avec la coke, mais ce n'est pas une recherche spécifique d'un effet. C'est juste que quand tu es toxicomane, dès qu'il y a du produit, tu en prends. C'est juste pour être défoncé* ».

## **MARCHE DE LA COCAÏNE ET DE LA FREE BASE/CRACK ET MODALITES D'APPROVISIONNEMENT**

### ***Disponibilité des différentes formes de cocaïne et leurs appellations respectives***

La cocaïne sous sa forme chlorhydrate est considérée comme disponible. Les usagers parlent d'une plus grande disponibilité de la cocaïne que de l'héroïne ou même du cannabis. L'argument avancé est qu'elle concernerait tous les milieux socio-culturels, ce qui augmenterait à la fois l'offre et la demande. La baisse des prix la rendrait plus disponible qu'auparavant. Une restriction est néanmoins, apportée par les usagers réguliers. Celle-ci concerne la qualité de la poudre disponible. Selon eux, l'appellation « cocaïne » induit un certain niveau de qualité, inadéquate à un produit facilement disponible sur le marché. La cocaïne de bonne qualité serait rare selon un usager : « *Il faut aller la chercher soi-même* ». Le niveau d'accessibilité à un produit de bonne qualité semble être déterminé par le degré d'intégration dans certains réseaux. En effet, les achats de rue ou en soirées, faits auprès d'inconnus sont plus aléatoires que les achats dans des appartements ou auprès de dealers réguliers. Les saisies effectuées par les services des Douanes, qui concernent un produit relativement pur, indiquent d'ailleurs que la cocaïne doit être coupée, après son arrivée, par les revendeurs.

En milieu urbain, l'arrivée des substitutifs aux opiacés pourrait également correspondre à une augmentation de l'usage de la cocaïne ces dernières années. D'un point de vue clinique, sa consommation répondrait à un besoin chez les personnes substituées d'occuper le vide laissé par le produit. D'un point de vue commercial, elle se substituerait à la place qu'a pu occuper l'héroïne à une certaine époque sur le marché.

En ce qui concerne le crack /free base, les usagers et les professionnels parlent d' « *indisponibilité* » en milieu urbain. La présence de cocaïne en caillou serait anecdotique et proviendrait d'usagers qui, ayant eux-mêmes transformé la poudre, en céderaient une partie. Les consommateurs expliquent cette rareté par le fait que le caillou concerne une catégorie spécifique de consommateurs, les fumeurs, et que les dealers ne se risqueraient pas à en faire commerce sous cette forme, car elle pourrait être plus difficile à écouler. La cocaïne vendue directement en caillou et appelée « crack » n'est quasiment pas rencontrée sur le site de Rennes.

Outre ces deux formes, la cocaïne peut être proposée à la vente sous deux appellations : « *cocaïne végétale* » et « *cocaïne synthétique* ». Le premier terme évoque généralement aux consommateurs une cocaïne de bonne qualité tandis que le second renvoie à un produit chimique, fabriqué dans des laboratoires clandestins (ces images seront plus particulièrement évoquées dans le chapitre consacré aux représentations des usagers). Bien que le fait de synthétiser la cocaïne soit possible, il apparaît que le coût d'une telle opération ne soit pas rentable et que la « *cocaïne synthétique* » à proprement parler ne soit pas disponible sur le marché. Cette appellation sous-entend bien souvent qu'il s'agit d'un produit coupé ou bien qu'il s'agit d'amphétamines, comme l'expose un usager de l'espace urbain : « *La synthé, c'est un tout petit peu de coke avec plein de produit de coupe. Elle inonde le marché depuis des années, surtout à Rennes où il y a beaucoup d'étudiants qui veulent faire la fête. Ils achètent n'importe quoi en pensant que c'est de la coke. Ils voient que c'est blanc, ça endort un peu les gencives. Ce qu'ils achètent, c'est de la lidocaïne, du paracétamol, de la nivaquine, du sucre ou du speed* ».

En 2006, la cocaïne a retenu l'attention du dispositif SINTES. Ainsi, 40 échantillons ont été collectés et 39 analyses toxicologiques ont été réalisées. Les résultats obtenus ont montré d'importantes disparités entre les échantillons, allant d'une concentration de 0.1% de cocaïne à 66%. Sur les 39 analyses toxicologiques réalisées, 6 poudres ne comportaient aucune trace de cocaïne, 19 poudres avaient une concentration inférieure à 20%. Seuls 4 échantillons se situaient au dessus des 50%. Les adjuvants les plus rencontrés ont été le paracétamol, la caféine, la lidocaïne, la chloroquine, la phénacétine...

## **Accessibilité**

En milieu urbain, il existe une cocaïne accessible. Celle qui peut être proposée dans la rue, par les dealers à des usagers identifiés. Elle serait de piètre qualité et la plupart des usagers se défendent d'en acheter tant son image est associée à des consommateurs peu exigeants. La cocaïne que les usagers réguliers recherchent est difficile d'accès. Il faut se situer dans des circuits bien particuliers. Il faut connaître une certaine catégorie de vendeurs qui ne travaillent pas dans la rue. « *La très bonne coke n'est pas si disponible que ça. C'est assez fermé, il faut connaître des gens. Tu ne la trouves jamais dans la rue. Il faut aller à des rendez-vous chez des gens. Il faut déjà réussir à obtenir leur numéro, les appeler voir s'ils sont OK pour te vendre. Ce n'est pas toujours simple* » témoigne un consommateur régulier.

Dans les milieux festifs fréquentés (frees, festivals et discothèques) par les personnes qui ont été interrogées, la cocaïne est jugée accessible. Mais aucune différenciation n'est effectuée entre l'accessibilité d'un produit de piètre ou de bonne qualité.

Il semblerait par ailleurs que la disponibilité de la cocaïne en festival ait évolué. Un consommateur de l'espace de festif en explique la raison : « *C'est un produit plus présent en festival qu'il y a deux ans, c'est limite plus facile d'en choper en festival qu'en teuf maintenant, vu que c'est plus grand, y a plus de monde* ».

## **Prix**

D'une manière générale, une légère baisse au niveau du prix a été observée ces dernières années. Le prix moyen du gramme se situerait plus vers 60-80 euros (environ 65 euros selon l'enquête PreLud) en 2006 tandis qu'il était à 80-100 euros en 2003. Mais les prix varient ensuite en fonction de la qualité ou du type de cocaïne comme cela a déjà été noté précédemment.

Les prix avancés pour la cocaïne sous sa forme chlorhydrate varient entre 40 et 120 euros pour un gramme. La synthétique, dite « *synthé* » se vend entre 50 et 90 euros le gramme. La végétale est proposée entre 60 et 120 euros. Il en est ainsi pour la « *pasta* », une cocaïne dite végétale sous forme de pâte.

De façon anecdotique, une cocaïne vendue sous le nom d'« *écaille de poisson* » entre 80 et 120 euros le gramme, a pu être évoquée.

Le free base ou « *caillou* », quand il est disponible, se vendrait plus cher. Il peut se négocier en moyenne autour de 90 euros le gramme. Le prix est justifié par le fait que les impuretés aient été éliminées. Par contre, le caillou vendu pèse rarement 1 gramme. Une subtilité s'est ainsi instaurée dans le commerce de la free base : les personnes achètent des paquets pesés à 0,7 ou 0,9 g. C'est en fonction de ce poids de coke pure, extraite après avoir été basée, que la négociation du prix s'instaure.

## **Modalités d'approvisionnement**

Les modalités d'approvisionnement sont classiques en milieu urbain. Il en existe trois :

↳ Les personnes qui méconnaissent les réseaux dits « *fiables* », s'adressent aux vendeurs de la rue. Ce type de transaction comporte des risques tels que l'achat d'un produit de qualité médiocre voire d'une arnaque ou le risque d'une interpellation policière.

↳ Les personnes qui connaissent des réseaux s'adressent directement aux vendeurs. La difficulté résiderait dans l'obtention des coordonnées des « *bons vendeurs* ». En l'absence de ceux-ci, le client est tributaire d'une personne intermédiaire. Les transactions se font généralement dans la rue avec des rendez-vous fixés. Ce ne serait qu'au prix d'une intégration dans le milieu que les acheteurs pourraient se rendre directement chez les vendeurs.

↳ Enfin, une partie des consommateurs déclarent se déplacer eux-mêmes en Hollande, principal pays fournisseur comme cela sera abordé plus loin. En agissant ainsi, ces acheteurs souhaitent bénéficier d'un produit de meilleure qualité et accéder à des prix plus raisonnables (25 euros le gramme). « *Je vais la chercher moi-même en Hollande, soit j'avais des contacts, soit j'arrivais et je connaissais personne. Il ne faut pas être pressé. Il faut montrer que tu connais vraiment bien la coke jusqu'à temps que le dealer sorte son bon produit* » dit un usager de l'espace urbain. De petites quantités (entre 5 et 10 grammes) seraient ainsi rapportées car le risque d'arrestation est important.

En milieu festif, deux options se présentent aux consommateurs : se procurer le produit avant et auquel cas avoir recours à l'une des modalités d'approvisionnement énoncées précédemment ou acheter le produit au sein de l'évènement festif. Un usager explique ainsi comment il procède dans ce cas : « *On y va à plusieurs et on essaye, dans la mesure du possible, de goûter le produit afin d'éviter l'arnaque* ».

Interrogé sur l'évolution du trafic de cocaïne, le groupe focal répressif a évoqué « *une explosion* » de celui-ci. Nous assisterions là à une reconversion des dealers de cannabis. Il s'agirait des mêmes filières qui considèreraient que la revente de cocaïne serait plus facile : « *C'est beaucoup plus facile et pratique de ramener un kilo de cocaïne que dix kilos de shit* ». C'est pourquoi la cocaïne serait arrivée au sein du marché de rue ces dernières années : « *C'est le petit jeune qui va place (...) qui va chercher son bout de shit, qui peut avoir chez le même deux grammes de coke. Il y a plus de soucis là-dessus* ».

L'augmentation récente de la disponibilité de la cocaïne pourrait être due à une saturation du marché américain. La cocaïne proviendrait de différents endroits, les membres du groupe focal répressif évoquent : « *Pour nous, ça vient de Belgique, frontière hollando-belge, Maastricht, Amsterdam aussi, essentiellement. Et après ça vient des Antilles également, par l'Afrique. On a quelques passages par les Antilles françaises mais plus rares. Plus difficiles* ». Comme cela a pu être évoqué plus en amont, la cocaïne qui est généralement saisie dans ce cas s'avère être « pure » : « *C'est assez remarquable d'ailleurs. Il y a des provenances directes pratiquement. On le voit bien, ça arrive sans être vraiment frelaté. Il y a souvent d'ailleurs les produits de coupage à côté. C'est vendu tel quel* » Celle qui est saisie auprès des usagers revendeurs le serait beaucoup moins : « *Si on fait une interception auprès d'usagers-revendeurs, on n'a pas du tout la même qualité. On n'a pas non plus la même masse de produit* ».

Concernant les revendeurs, le groupe focal répressif identifie uniquement un circuit entre la Bretagne et la Hollande : « *Les gens vont directement en Hollande s'approvisionner. Pour le moment, on n'a pas de provenance de cocaïne type banlieue parisienne* ».

A propos des modalités d'approvisionnement, le groupe focal répressif identifie deux contextes de vente particuliers. Le premier est le milieu festif : « *Si c'est pris lors de fêtes festives, des choses comme ça, faut vous attendre à une arnaque* ».

La démarche d'un vendeur régulier serait toute autre : « *Par contre, quand le type a instauré un trafic de cocaïne dans un appartement ou dans un lieu particulier, ça peut varier en fonction de l'arrivée et ce qu'il y a dans le centre-ville sera peut-être de moins bonne qualité, mais pour les clients, il faut que ce soit la même que la dernière fois. Il y a une telle abondance que " Moi, ta merde, j'en veux pas ! " » (groupe focal répressif).*

## **REPRESENTATIONS DE LA COCAÏNE ET DE LA FREE BASE/CRACK ET RISQUES ENCOURUS**

### ***Les représentations de la cocaïne et du crack/free base chez les usagers et les non-usagers***

#### **La cocaïne sous sa forme chlorydrate**

D'une manière générale, la cocaïne est associée à une image positive, celle de la stimulation et de la performance : « *Ca va très bien avec l'image de la société où on recherche la performance. Défonce d'un côté, performance de l'autre. Besoin de stimulants, quoi ! Le produit arrive vraiment bien* » indique le groupe focal répressif.

C'est également le produit de la créativité, comme l'évoque un professionnel du milieu festif : « *Quand on dit que des artistes ont créé des albums grâce à la drogue, je sais pas si c'est possible mais en tout cas c'est ce que ça me fait. Quand par exemple je passe une soirée et avant d'aller au boulot ou pendant, je tape toute la soirée j'ai l'impression de créer une autre ambiance* ». Ses effets sont discrets et peuvent même être compatibles avec son activité professionnelle.

La réputation de ces effets ainsi qu'une croissance de l'offre participeraient à une revalorisation des représentations associées à la cocaïne. Ainsi, aux yeux des personnes qui fréquentent les discothèques, bars de nuit et les afters, l'image de la cocaïne s'est améliorée en quelques années, comme le témoigne un interlocuteur du milieu festif : « *Maintenant tu peux dire : « Tiens t'as pas de la coke, le gars y va pas te faire, te regarder avec des gros yeux. "Ah de la coke, attention !" Non maintenant, y va dire "Non, j'ai pas de coke". C'est plus banalisé* ».

Selon un professionnel de santé, ce produit étant associé à la fête, la gravité de son usage serait relativisée par les usagers : « *Héroïne, on sait qu'on est dans quelque chose qui va peut-être nécessiter du soin donc voilà... Avec la coke, on est un peu plus dans du festif* ».

Les consommateurs irréguliers ou inexpérimentés associent la cocaïne à une image élogieuse. Pour l'un d'eux, « *c'est la drogue qui t'ouvre aux gens* ». La dangerosité est relativisée :

« *Tant que t'abuses pas avec, c'est pas pire que de prendre une cuite tous les week-end* » indique un usager. De même, la notion de dépendance semble exclue : « *Tu peux t'arrêter du jour au lendemain. Faut le vouloir* » ajoute un usager de l'espace festif.

Cependant, ces consommateurs interrogés s'accordent à dire que ce produit ne procure pas les effets escomptés. En effet l'un estime que : « *Ca speede un petit peu au départ. Et après ça dure pas longtemps... Et après y a comme un effet d'endormissement* ». Cependant, ceci n'entrave pas leur volonté d'en consommer de nouveau. Certains peuvent même plébisciter le sentiment de bien-être provoqué par le produit et décrire en même temps un malaise.

La perception qu'ont les usagers plus expérimentés de la cocaïne est un paradoxe davantage identifié. Dans leur discours, une image de produit « *miraculeux* » évoquant des plaisirs intenses se dégage ainsi qu'une image de piège irrésistible. Ce n'est pas tant le produit lui-même qui revêt un caractère destructeur que les conséquences d'une recherche effrénée du plaisir. Certains usagers semblent prêts à subir les conséquences irrémédiables de cette quête, pourvu que le plaisir procuré par la consommation de cocaïne soit à la hauteur de leur espérance. Pour l'un d'entre eux : « *La coke n'a jamais eu une image destructrice. Si je pouvais en prendre toute ma vie en ayant la garantie de la qualité que je recherche, je le ferais* ». Chacun est conscient du caractère éphémère du plaisir procuré : « *Quand tu le prends, c'est bon sur le moment, mais après tu vois que ça t'amènes à rien parce que tu es mal dès que tu en as plus* » (usager de l'espace urbain).

C'est l'irrésistible besoin de consommer qui possède un caractère « *vicieux* », comme l'explique ce consommateur : « *Tu espères, à chaque fois, tomber sur de la bonne où tu vas trouver les effets que tu aimes. C'est toujours un jackpot comme un jeu de loterie. Tu rêves toujours de gagner, même si tu perds dans 90 % des cas. C'est l'espoir de tomber sur un bon truc qui fait que tu ne vas jamais arrêter de chercher. C'est comme si la faible présence de coke excitait ton cerveau, et comme tu es déçu, la frustration te pousse à encore et encore à essayer jusqu'à ce que tu trouves l'apaisement avec un bon produit. Tant que tu n'obtiens pas satisfaction, tu continues à en reprendre encore et encore. Ca devient une espèce d'entêtement et d'obsession. En même temps tu es conscient que c'est de la merde et pourtant tu ne peux te raisonner* ».

La notion de dépendance est prégnante chez ces usagers abusifs : « *La coke, on te dit que tu ne peux pas tomber accro, mais tu te rends compte à force que ça te ronge le cerveau* ».

Nombre d'usagers déplorent les croyances et la mauvaise réputation associée à la cocaïne chez certains non-usagers<sup>55</sup>. Considérée comme une drogue dure, la cocaïne est souvent associée à une image décadente des consommateurs de stupéfiants. Cependant, la cocaïne, sous sa forme poudre ne semble apparentée dans certains esprits qu'au monde de la nuit ou aux domaines de la communication et de la création artistique. Elle possède en outre une image très « *people* », en lien avec le champagne et les paillettes.

Certains usagers de produits psychoactifs, quant à eux, n'en consomment pas pour différentes raisons. Ses effets peuvent paraître trop éphémères, trop subtils. Certains vont lui préférer les amphétamines. Son coût peut

---

<sup>55</sup> Il s'agit des personnes qui ne consomment pas du tout le produit, ou des non-consommateurs de drogues en général

paraître trop élevé à certains consommateurs, en comparaison de la fugacité des effets par exemple. Enfin, il ne s'agit pas là d'un produit que l'on ingère et pour certaines personnes, ses modalités d'administration peuvent renvoyer à une image négative.

### **Le free-base et le « crack »**

Dans les représentations qu'en ont les usagers, les appellations de crack et free base concernent deux produits distincts : la cocaïne fumée sous sa forme base<sup>56</sup> et un caillou appelé « crack ».

Le terme de « crack » est, comme l'évoque un professionnel de santé : « *Banni. Il ne faut pas utiliser ce terme, parce que ça, ça rend fou.* » Effectivement, ce terme possède une forte connotation péjorative dans les représentations des usagers explique un autre professionnel de santé : « *C'est le dix-huitième, c'est Paris, c'est les Antilles. Le crack pour eux représente les toxicomanes qui ne sont qu'au crack alors qu'eux, c'est un peu pour jouer par rapport à ces gens-là. Et donc il y a beaucoup de problèmes de comportement avec les toxicomanes exclusifs au crack* ». Cette représentation du crack semble négative au point qu'aucun vendeur ou consommateur ne revendiquerait en consommer. C'est d'ailleurs, ce que confirme PreLud où seule une personne indique consommer du crack, contre 28 pour le Free Base. Ce produit concerne la ville de Paris mais n'est pas disponible sur le territoire rennais. A Rennes, on ne parle que de « *coke basée* » ou de « *free base* ».

Le terme de « *free base* » est quant à lui, plus associé au milieu festif. La « *cocaïne basée* » ou « *fumée* » est davantage citée en milieu urbain. La consommation de « *free base* » représente, pour les usagers, un compromis entre la probabilité d'obtenir des effets se rapprochant des effets par injection, sans pour autant avoir recours à cette pratique taboue et sans avoir à en subir les conséquences sanitaires. La cocaïne basée bénéficie d'une image de produit pur, dégagé de ses produits de coupe.

Une question peut se poser quant à l'utilisation de ce terme de « base » ou de « free-base » en lieu et place du terme « crack ». L'hypothèse d'une stratégie commerciale afin de revaloriser l'image du « crack » a été évoquée. Interrogé à ce sujet, le groupe focal sanitaire répond : « *Peut-être qu'il y a quelques années, ça relevait d'une stratégie commerciale, avec une appellation plus soft, avec une appropriation par le public de ces termes très spécifiques* ».

Chez ces usagers, la notion de dépendance est présente. La compulsivité qui règne autour de cette pratique l'est aussi. Les consommateurs peuvent se sentir mal à l'aise, notamment lors d'un épisode de consommation en présence de non-usagers.

Chez les non-usagers<sup>57</sup>, le « crack » possède une image malsaine de déchéance. Le « free base » aurait une image moins dangereuse mais en dehors des milieux initiés, ce terme est méconnu. Dans la population générale, le crack s'apparente à l'héroïne, avec une notion de dépendance, de déchéance physique et psychique.

Chez les usagers d'autres produits psychoactifs, les deux termes peuvent distinguer deux produits. Le « crack » possédant toujours cette connotation dramatique. La « base » quant à elle, serait une pratique impressionnante voire effrayante, notamment en raison de son aspect compulsif et des sentiments que cette compulsion génère chez les consommateurs : agacement, irritabilité, impatience, accès de violence...

### **La cocaïne végétale et la cocaïne synthétique**

En ce qui concerne ces appellations, les opinions varient. Certains ne font pas de différence : « *A l'origine, je crois qu'il n'y en a pas. Des gens disent que la synthé ne se base pas. Mais pour moi, de la coke qui ne se base pas, ce n'est pas de la coke. Moi, je n'ai jamais vu de différence. Soit c'est de la coke, soit ça n'en est pas. C'est tout* » rappelle un usager du milieu urbain.

Certains distinguent malgré tout des nuances entre les deux dénominations. Voici la définition d'un usager du milieu urbain : « *La végétale quand tu la regardes, elle est pleine de couleurs, il y a les couleurs de l'arc-en-ciel dedans. Pour moi, une végétale, c'est une coke qui n'a pas été trop touchée, elle est naturelle, elle sort de la plante. Il y a juste les produits nécessaires à la transformer en poudre. La végétale a une odeur acide. On se rapproche plus de la vraie coke* ». Alors que la « *synthé, elle s'évapore. Il y a une odeur de pétrole. Elle reste toujours blanche. Elle s'évapore très vite et perd de sa qualité dès qu'elle a pris l'air* », rajoute cette même personne.

<sup>56</sup> Il s'agit du chlorhydrate de cocaïne qui a été préparé avec de l'ammoniaque ou du bicarbonate

<sup>57</sup> Il s'agit des personnes qui ne consomment pas du tout le produit, ou des non-consommateurs de drogues en général

La différence demeure subtile, et certains usagers avouent ne pas être en mesure de faire la distinction lors de l'achat. Ils reconnaîtront plutôt l'une ou l'autre en fonction de l'intensité des effets indésirables de la descente, la synthétique ayant la réputation de provoquer des angoisses lors de la descente.

### ***La représentation des risques en lien avec cette consommation***

Les consommateurs les plus jeunes ou inexpérimentés semblent avoir peu conscience des risques liés à la consommation de cocaïne. Ils semblent se situer encore dans une « lune de miel » avec le produit et n'analysent pas toujours leurs ressentis, pourtant paradoxaux par moments.

La plupart des usagers plus expérimentés semblent avoir conscience, quant à eux, des risques liés à cette consommation. Il n'y a pas de déni des aspects dangereux que peut représenter la consommation de cocaïne. Outre les risques d'overdose et les conséquences cardiaques, ce sont majoritairement les risques liés à l'injection qui sont mis en avant chez les adeptes de cette pratique. Ces risques sont néanmoins, relativisés dans la mesure où ils ne sont pas spécifiques à l'usage de cocaïne. La problématique de la dépendance psychologique et de ses conséquences est également abordée par les consommateurs de cocaïne : « *Oui, la coke c'est dangereux. Il faut être fort. Il y a un décalage qui se forme. Tu ne manges plus, tu es déconnecté des réalités sans que tu t'en rendes compte. Il faudrait pouvoir gérer ses consommations* ». En outre, beaucoup évoquent des problèmes de paranoïas ou de « *pétage de plombs* » en cas de surconsommation et des conséquences psychologiques, si elle est consommée à long terme. Mais les risques liés à une consommation dite « *maîtrisée* » semblent être sous estimés.

Le mode d'administration consistant à fumer la cocaïne basée peut parfois être considéré comme une alternative à l'injection, pouvant réduire les risques liés à cette dernière pratique. Elle écarte (en partie) les risques de transmission du VIH et des hépatites, mais permet aussi aux injecteurs ayant le réseau veineux trop dégradé d'en continuer l'usage tout en ayant des effets satisfaisants. D'une manière générale, les usagers sont peu informés des risques qu'implique la consommation de cocaïne. Ce manque d'information s'accroît pour les personnes qui ne fréquentent pas les dispositifs de réduction des risques mis en place pour les usagers de produits psychotropes. L'accès à ces dispositifs se fait principalement pour l'accès au matériel stérile d'injection. Les éléments inhérents à une réduction des dommages liés à la pratique du sniff, notamment grâce à la promotion des kits prévus à cet effet ou des « *Roule-Ta-Paille*<sup>58</sup> », ont pu circuler au sein de ces espaces. Les messages de prévention concernant la « base » semblent avoir plus de difficultés à passer, sans doute en raison de la confidentialité de la pratique et du peu de documents d'information qui traitent de ce sujet.

## **CONCLUSION**

D'après les différentes observations recueillies, la cocaïne s'avère être un produit complexe, désigné de différents superlatifs, représentatif d'une recherche de puissance, de performance, de créativité ou de sociabilité... Il est à retenir les aspects paradoxaux de ce produit, qui peut à la fois procurer des plaisirs intenses à son consommateur et l'entraîner dans une spirale de marginalisation. La frustration et la recherche de plaisir semblent être le moteur commun à nombre d'usagers de cocaïne quel que soit le contexte ou les modes d'administration utilisés et malgré les conséquences éventuelles. Dans cette note, il a souvent été question de dépendance psychologique. Celle-ci ne semble pas trouver de réponse dans le domaine médical. Aucune substitution n'est en outre, disponible.

La consommation de free base quant à elle, devenue plus fréquente ces dernières années, pourrait trouver son origine dans la recherche des usagers de cocaïne sous sa forme chlorhydrate de l'obtention d'effets plus satisfaisants.

---

<sup>58</sup> « *Etant donné que l'hépatite peut se transmettre lors du partage des pailles, les associations de réduction des risques communiquent sur ce sujet et mettent à disposition des carrés de papier que les utilisateurs n'ont plus qu'à rouler sous forme de tube pour les utiliser comme des pailles. D'où l'appellation « Roule ta paille » renvoyant les usagers à leur propre responsabilité* » Source : rapport TREND 2005.



# INDEX



## **Index des sigles**

**AFFSAPS** : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé  
**CAARRUD** : Centre d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des Risques auprès des Usagers de Drogues  
**CEIP** : Centre d'évaluation et d'information sur les pharmacodépendances  
**CHS** : Centre Hospitalier Spécialisé  
**CIRDD** : Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances  
**CNAMTS** : Caisse Nationale d'assurance Maladie des Travailleurs Salariés  
**COPJ** : convocation par un officier de police judiciaire  
**CPPV** : Convocation par procès verbal  
**CRPC** : Comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité  
**CSST** : Centre de Soins Spécialisé pour Toxicomanes  
**DCA** : Département des conduites addictives  
**INVS** : Institut national de veille sanitaire  
**OCRTIS** : Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants  
**OFDT** : Observatoire français des drogues et des toxicomanies  
**ORS** : Observatoire Régional de Santé  
**PES** : Programme Echange de Seringues  
**SINTES** : Système National d'Identification des Toxiques et Substances  
**SMPR** : Service Médico-Psychologique Régional  
**TREND** : Tendances Récentes et Nouvelles Drogues  
**UCSA** : Unité de Consultations et de Soins en Ambulatoire



# Annexe 1

# Enquête PreLud



## PreLud, (site de Rennes)

Une enquête nommée « PreLud » (Première Ligne Usagers de Drogues) a été menée sur le site rennais début 2006. Il s'est agit d'interroger les consommateurs de produits psychotropes quant à leurs pratiques, leurs consommations et leurs prises de risques, mais aussi de les questionner sur leur sérologie VIH, VHC, et VHB. Au terme de chaque questionnaire, un prélèvement salivaire a été effectué et analysé afin d'avoir une idée précise des contaminations pour ces trois pathologies. Cette enquête, commanditée par l'OFDT, a eu lieu dans trois sites dits « bas seuil » de la ville où se rendent régulièrement les usagers de drogues (le centre Méthadone « l'Envol », le restaurant social « Le Fourneau » et le Programme d'échange de Seringues « Interm'Aides ») sur la période de février-mars 2006.

### 1- CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

150 usagers ont participé à l'enquête PreLud. Parmi eux, 116 (77.3%) sont des hommes et 34 (22.7%) sont des femmes. Ils sont âgés de 17 à 52 ans, la moyenne d'âge étant d'environ 30 ans (ES = 7.35).

Age	N	%
<b>17 - 26 ans</b>	59	39.3
<b>27 – 34 ans</b>	51	34.0
<b>35 ans et plus</b>	40	26.7
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

**Distribution de l'échantillon selon la classe d'âge**

Les hommes sont en moyenne un peu plus âgés que les femmes (respectivement 30.46 ans et 27.32 ans). La plupart des personnes (68%) n'ont pas d'enfant. 48 usagers déclarent donc avoir au moins un enfant, parmi eux 9 (3 femmes et 6 hommes) ont au moins un enfant à charge.

#### **1.1 Le mode d'hébergement**

98 personnes (65.3%) indiquent être en situation précaire concernant leur mode d'hébergement. Ainsi, 66 déclarent être sans domicile fixe, 12 vivent en camion ou en caravane, 11 sont hébergés dans leur famille. En revanche, 52 (soit 34.7%) indiquent avoir un logement durable (pour les six mois qui suivent l'enquête), ils vivent soit dans leur propre logement (42 personnes), soit ils sont hébergés par leur famille (N=8). 45 déclarent vivre seul (30%), 44 sont en couple (29.3%), et enfin 44 habitent avec un ou plusieurs amis.

## 1.2 Le niveau d'étude

S'agissant du niveau d'étude, 40.7% des répondants ont le niveau CAP, BEP, 34.7% ont un niveau inférieur et 24.7% ont un niveau supérieur ou égal à la première année de lycée (en l'occurrence la seconde)

	N	%
< CAP, BEP	52	34.7
CAP, BEP	61	40.7
2 <sup>nde</sup> à Bac	27	18.0
> Bac	10	6.7
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Distribution de l'échantillon selon le niveau d'étude

## 1.3 Ressources, activités et couverture sociale

Pour 34.7% des répondants, la principale source de revenu sur l'année est le RMI, 23.3% déclarent vivre du revenu de leur emploi, 10% des ASSEDIC et 4% de l'AAH<sup>59</sup>. 16.7% indiquent n'avoir aucune ressource. Enfin, 7,3% indiquent des ressources diverses (aide de la famille, ALD<sup>60</sup>, manche...)

	N	%
Revenus d'emplois	35	23.3
ASSEDIC	15	10
RMI	52	34.7
AAH	12	8
Aide famille, proche, tiers	6	4
Aucune ressource	25	16.7
Autre	5	3.3
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Les ressources au cours des 6 derniers mois

S'agissant de l'activité des usagers au cours des 6 derniers mois, la plupart déclare avoir été inactif sur cette période (55.3%) tandis que 21.3% déclarent avoir été au chômage et 10% ont eu une activité rémunérée intermittente (c'est-à-dire durant au moins 3 mois au cours des 6 derniers mois).

	N	%
Activité rémunérée continue	13	8.7
Activité rémunérée intermittente	15	10
Etudiant, stage non rémunéré	2	1.3
Chômage	32	21.3
Inactif	83	55.3
Autre	5	3.3
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Distribution de l'échantillon selon l'activité déclarée au cours des 6 derniers mois

84% sont affiliés à la Sécurité Sociale, parmi eux, 92 ont la CMU (Couverture Maladie Universelle), 15 sont en ALD (Affection Longue Durée) et 29 ont une mutuelle. 22 personnes n'ont aucune couverture sociale.

<sup>59</sup> AAH : Allocation Adulte Handicapé

<sup>60</sup> ALD : Affection longue durée

## 2- LA SANTE

### 2.1 L'état de santé physique et psychique perçu

L'ensemble des répondants a été questionné quant à sa perception de l'état de santé physique et psychique. Globalement, la majorité d'entre eux (64.0%) s'estiment en bonne voire en excellente santé physique.

	N	%	% après regroupement
<b>Excellente santé</b>	7	4.7	64.0%
<b>Bonne santé</b>	89	59.3	
<b>Mauvaise santé</b>	44	29.3	36.0%
<b>Très mauvaise santé</b>	10	6.7	
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Distribution de l'échantillon selon leur perception de l'état de santé physique**

56% indiquent ne pas avoir eu de problème de santé au cours des 6 derniers mois. S'agissant des autres répondants qui déclarent avoir eu des problèmes de santé, les troubles le plus souvent mis en avant sont de la dépression ou la grippe pour 7 personnes, des problèmes de dents ou une gastroentérite pour 5, 4 disent avoir ressenti de la fatigue. Sont ensuite énuméré nombre de troubles tels que des abcès, des aménorrhées, de la bronchite...

A ce stade, il convient cependant de souligner qu'il peut exister chez quelques usagers un certain « déni du corps » qui induit une difficulté quant à l'appréciation générale de l'état de santé réel. En effet, il a pu être observé au cours de l'enquête, quelques usagers qui objectivement ne présentaient pas un bon état de santé physique et qui pourtant déclaraient l'inverse. D'autre part, compte tenu des conditions de passation de l'enquête, il est possible qu'il ait été difficile pour certains de déclarer un mauvais état de santé au risque d'être entendu par d'autres usagers.

Concernant l'état de santé psychique, 54% indiquent qu'ils l'évaluent comme étant bon voire très bon. On note toutefois, qu'une partie de l'échantillon bien que s'évaluant en bonne santé physique font montre d'un état psychique moins bon. Néanmoins, l'état de santé physique apparaît corrélé à l'état de santé psychique ( $r=.32, p<.05$ ).

	N	%	% après regroupement
<b>Excellente santé</b>	13	8.7	54%
<b>Bonne santé</b>	68	45.3	
<b>Mauvaise santé</b>	50	33.3	46%
<b>Très mauvaise santé</b>	19	12.7	
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Distribution de l'échantillon selon leur perception de l'état de santé psychique**

### 2.2 Infection VIH

86% des répondants ont pratiqué un test de dépistage du VIH (N=129), datant pour 62.8% d'entre eux de plus de six mois. Ce test s'est avéré négatif pour 88.4% des usagers. S'agissant des 8 personnes infectées par le virus, 7 déclarent avoir consulté un médecin pour cette raison au cours des douze derniers mois.

## 2.3 Hépatite C

77.3% déclarent avoir pratiqué un test de dépistage de l'hépatite C (N= 116). Globalement ce sont les mêmes sujets qui ont réalisé un test de dépistage du VIH et de l'hépatite C ( $r=.65$ ,  $p<.05$ ). Pour 61.20% des répondants, ce test a été réalisé il y a plus de 6 mois. Le résultat a été négatif dans 67.2% des cas, et ce sont surtout les plus jeunes (15-26 ans) qui ont à ce test un résultat négatif. Chez les plus âgés (35-55 ans), le nombre de personnes infectées est similaire au nombre de personnes non infectées (respectivement N=16 et N=15) ( $X^2=23.59$ ,  $p<.0001$ ).

	VHC+	VHC-	NSP	Total
15-26 ans	2	42	3	47
27-34 ans	15	21	1	37
35-55 ans	16	15	1	32
Total	33	78	5	116

Distribution de l'échantillon selon l'âge et l'infection au VHC

D'autre part, il existe une forte corrélation entre les résultats à l'infection par le virus de l'Hépatite C et l'usage de certaines drogues au cours du mois qui précède l'enquête, notamment l'héroïne ( $r=-.28$ ,  $p<.05$ ) et l'alcool ( $r=-.31$ ,  $p<.05$ ). Ces résultats montrent que les usagers infectés par ce virus, ne consomment ni d'héroïne, ni d'alcool.

Enfin, parmi les usagers qui déclarent être infectés par le virus de l'hépatite C, 56.7% indiquent ne pas avoir consulté un médecin depuis plus de 12 mois pour ce motif.

## 2.4 Hépatite B

Sur l'ensemble des usagers, 51.1% disent ne pas avoir été vaccinés contre l'hépatite B. Parmi les usagers ayant réalisé une partie ou la totalité des injections de la vaccination, 82.3% indiquent que l'efficacité de la vaccination via la recherche d'anti corps n'a pas été vérifiée. Par ailleurs, 59.9% des répondants aux questions relatives à l'hépatite B (N=137) indiquent ne pas avoir pratiqué de test de dépistage de l'hépatite B. Parmi les 40.1% qui ont pratiqué ce test, celui-ci a été réalisé depuis plus de 6 mois pour 70.90% d'entre eux. Ce sont pour la plupart, les mêmes personnes qui ont réalisé le test de l'hépatite C ( $r=.47$ ,  $p<.05$ ) et du VIH ( $r=.31$ ,  $p<.05$ ). Enfin, s'agissant de leur situation actuelle vis-à-vis de cette infection, 104 usagers (soit 73.2%) disent ne pas savoir « où ils en sont ». 15 indiquent être vaccinés, 15 autres déclarent ne pas être vaccinés et ne pas être infectés et 8 disent avoir été contaminés mais être maintenant guéris.

Les résultats obtenus concernant la date du dernier dépistage pour les infections aux VIH, VHC et VHB posent la question de la fréquence de ceux-ci par les usagers. En effet, il semblerait que ceux-ci soient régulièrement incités par les professionnels des structures d'accès facilité à pratiquer ces tests plus fréquemment. Pourtant les résultats montrent que dans la plupart des cas, les résultats d'analyse datent de plus de 6 mois, voire de 2 ans. Se pose alors la question de l'incitation au dépistage par les professionnels (modalité de mise en œuvre, lieu du dépistage, rendu des résultats...).

D'autre part, s'agissant du suivi des usagers infectés par les virus de l'Hépatite C, il apparaît nettement que peu d'entre eux ont un suivi médical régulier, bien que la pathologie le nécessite. Ces résultats posent la question de la facilitation pour les usagers de l'accès aux structures de soin pour un meilleur suivi.

Enfin, 104 usagers ont indiqué ne pas savoir où ils en étaient concernant le virus de l'hépatite B (vacciné ou pas, contaminé ou non...). Très probablement, ces résultats mettent en avant la difficulté pour les usagers de bien comprendre ce que leur a indiqué le médecin lors du rendu des résultats (nécessité ou non de pratiquer un test complémentaire, dans les cas d'infection avérée, quel suivi mettre en place...). Il semble qu'il pourrait être intéressant de travailler auprès des médecins sur le mode de présentation des résultats au test de dépistage du VHB ainsi que sur le suivi à mettre en place lorsque cela s'impose. Les usagers ont besoin pour un certain nombre d'entre eux compte tenu de leur vie quotidienne de résultats présentés simplement et d'un suivi facilité.

### **3- LES MODALITES DE CONSOMMATION**

#### **3.1. L'injection**

Parmi l'ensemble des usagers, 71.3% déclarent avoir utilisé au moins une fois dans leur vie la voie injectable (N=107).

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Jamais</b>	43	28.7%
<b>1 seule fois</b>	2	1.3%
<b>2 à 9 fois</b>	8	5.3%
<b>10 fois et plus</b>	97	64.7%
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

#### **Déclaration du mode d'usage par voie injectable au cours de la vie**

L'âge moyen déclaré de la première injection est de 19.47 ans (ES=4.42) avec un âge minimum de 11 ans et un âge maximum de 37 ans. Le produit qui était alors injecté, était soit de l'héroïne (pour 50.5% des répondants), soit de la cocaïne (11.2%), soit du Skénan® (9.3%) ou d'autres substances telles que le Subutex®, les amphétamines...

L'âge moyen de la dernière injection réalisée est de 28.94 ans (ES=7.21), une forte corrélation ( $r=.80$ ,  $p<.05$ ) entre l'âge des sujets qui déclarent utiliser la voie injectable et l'âge déclaré de leur dernière injection, nous permet de dire que la plupart d'entre eux ont utilisé la voie injectable très récemment avant l'enquête. Ce constat est confirmé par la question relative à l'injection au cours du dernier mois précédent l'enquête, pour laquelle 76.6% des usagers répondent affirmativement.

Les analyses qui suivent, sont réalisées sur un échantillon de 82 sujets, lesquels ont indiqué avoir pratiqué une ou plusieurs injections au cours du mois qui a précédé l'enquête.

Dans leur modalité d'usage, la plupart des répondants indique ne pas avoir partagé leur matériel d'injection au cours du mois qui a précédé l'enquête. S'agissant des produits, bien que la majorité (57.3%) déclare ne pas en avoir partagé, ils sont 18.3% à indiquer en avoir partagé entre 1 et 5 fois et 24.4% plus de cinq fois. Toutefois, il semble que cette question n'ait pas été très bien comprise par les répondants, cette donnée est donc à prendre avec précaution.

	<i>Non</i>		<i>De 1 à 5 fois</i>		<i>Plus de 5 fois</i>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Seringues</b>	71	86.6%	3	3.7%	8	9.8%
<b>Un produit</b>	47	57.3%	15	18.3%	20	24.4%
<b>Une ampoule d'eau</b>	51	62.2%	13	15.9%	18	22.0%
<b>Des cuillères</b>	58	70.7%	6	7.3%	18	22.0%
<b>Des cotons/filtres</b>	58	70.7%	7	8.5%	17	20.7%

#### **Le partage du matériel chez les injecteurs**

L'analyse des coefficients de corrélation entre les questions relatives au partage du matériel, indique que ce sont les mêmes sujets qui déclarent soit ne pas partager leur matériel, soit le partager.

	<b>Ampoule</b>	<b>Cuillère</b>	<b>Filtre</b>
<b>Seringue</b>	$r=.36^*$	$r=.29^*$	$r=.57^*$
<b>Ampoule</b>		$r=.45^*$	$r=.46^*$
<b>Cuillère</b>			$r=.51^*$

(\* Significatif à  $p<.05$ )

#### **Tableau des coefficients de corrélation entre les variables relatives au matériel d'injection partagé par les usagers**

Le tableau ci-dessus permet de constater que le matériel qui semble le plus associé en termes de partage, ce sont les filtres et les seringues ( $r=.57$ ,  $p<.05$ ), les filtres et les ampoules ( $r=.46$ ,  $p<.05$ ), et les filtres et les cuillères ( $r=.51$ ,  $p<.05$ ).

L'analyse par  $\chi^2$  tend à montrer que dans la plupart des cas où les usagers indiquent partager leur matériel (et notamment les seringues et les filtres) ce sont surtout des usagers qui déclarent vivre en couple. On peut donc penser que le partage du matériel se fait surtout avec le conjoint, mais des analyses sur un échantillon plus conséquent sont nécessaires pour confirmer la tendance qui se dégage ici (partage de seringue :  $\chi^2 = 1,10$ ,  $p<.30$  ; partage des filtres  $\chi^2 = 1,61$ ,  $p<.20$ ).

S'agissant de la réutilisation du matériel, il apparaît ici très nettement que les seringues sont pour plus de 40% des usagers réutilisées plus de 2 fois, voire plus de 5 fois pour 10% d'entre eux, tandis que les cuillères et les filtres le sont le plus souvent une fois (respectivement 63.4% et 74.4% des usagers déclarent une réutilisation pour ces matériels). Les professionnels des structures d'accès facilité remarquent d'ailleurs fréquemment chez les usagers des abcès liés à la réutilisation des filtres.

Il n'existe aucune corrélation entre les données relatives au partage des seringues et à la réutilisation de celles-ci. Les usagers qui déclarent partager leur matériel ne sont pas les mêmes que ceux qui indiquent le réutiliser.

	<i>1 fois</i>		<i>De 2 à 5 fois</i>		<i>Plus de 5 fois</i>	
	N	%	N	%	N	%
<b>Seringues</b>	39	47.6%	35	42.7%	8	9.8%
<b>Des cuillères</b>	52	63.4%	20	24.4%	10	12.2%
<b>Des cotons/filtres</b>	61	74.4%	21	25.6%	0	0%

#### Réutilisation du matériel d'injection chez les usagers de drogues

Les usagers injecteurs se sont ensuite prononcés quant aux troubles ressentis au cours du mois précédent l'enquête. Globalement, les troubles le plus souvent ressentis sont les difficultés à s'injecter (pour 73.2% des répondants), les hématomes (54.9%) et les gonflements des mains et avant bras (54.9%). D'autre part, ceux qui indiquent avoir eu des hématomes sont aussi ceux qui indiquent avoir eu une veine bouchée, une thrombose ou une phlébite ( $r=.34$ ,  $p<.05$ ). En revanche, peu de sujets indiquent avoir eu des abcès cutanés (20.7%), des poussières (22.0%) ou encore des gonflements des pieds et des jambes (14.6%). Plus précisément, concernant les abcès, la survenue de ceux-ci est très dépendante des produits qui circulent à un moment t (par ex. injection de Valium®).

	<i>Oui</i>		<i>Non</i>	
	N	%	N	%
<b>Abcès cutanés</b>	17	(20.7%)	65	(79.3%)
<b>Difficultés à s'injecter</b>	60	(73.2%)	22	(26.8%)
<b>Poussière</b>	18	(22%)	64	(78%)
<b>Bleues, hématomes</b>	45	(54.9%)	37	(45.1%)
<b>Veine bouchée, thrombose, phlébite</b>	33	(40.2%)	49	(59.8%)
<b>Gonflement des mains et avant bras</b>	45	(54.9%)	37	(45.1%)
<b>Gonflement des pieds et des jambes</b>	12	(14.6%)	70	(85.4%)

#### Troubles consécutifs à l'injection

### 3.2 Le sniff

93.3% des usagers (N=138) déclarent avoir pratiqué le sniff plus de 10 fois au cours de leur vie, seuls 2.7% des répondants disent n'avoir jamais pratiqué ce mode d'usage. L'âge moyen du premier sniff est de 18.09 ans (ES= 4.21). Les produits les plus sniffés lors de cette première fois sont pour 45.9% des sujets de la cocaïne, pour 29.3% de l'héroïne et pour 12.8% du speed. Les autres usagers disent avoir sniffé diverses substances psychoactives telles que des amphétamines, de l'ecstasy, du Subutex®...

54.8% indiquent avoir sniffé au cours du mois précédent l'enquête (N=80). A cette occasion, la majorité d'entre eux disent n'avoir partagé ni le produit, ni leur paille (respectivement 65.8% et 64.6%)<sup>61</sup>. Ce sont d'ailleurs, les mêmes qui indiquent ne rien partager ( $r=.51, p<.05$ ).

	<i>Oui</i>		<i>Non</i>	
	N	%	N	%
<b>Saignements de nez</b>	19	(23.8%)	60	(75%)
<b>Toux inhabituelle</b>	23	(28.8%)	57	(71.3%)
<b>Difficultés à respirer par le nez</b>	30	(37.5%)	50	(62.5%)

(N=80) **Troubles consécutifs au sniff**

Peu nombreux sont les usagers à avoir mis en avant des troubles liés à la pratique du sniff : 23.8% indiquent avoir eu des saignements de nez, 28.8% une toux inhabituelle et 37.5% des difficultés à respirer par le nez. Il apparaît par ailleurs, que ce sont les mêmes sujets qui semblent souffrir de tous ces maux. Ainsi, ceux qui indiquent avoir eu des saignements de nez sont aussi ceux qui disent avoir eu des difficultés à respirer par le nez ( $r=.42, p<.05$ ) et ceux qui déclarent une toux inhabituelle, déclarent aussi des difficultés à respirer par le nez ( $r=.31, p<.05$ ).

### 3.3 L'inhalation à chaud

72.7% des répondants (N=125) déclarent avoir pratiqué l'inhalation à chaud au cours de leur vie. 16% déclarent n'avoir jamais utilisé ce mode d'usage. L'âge moyen de la première pratique de la « fumette » est de 19.85 ans (ES=5.27). 40.8% disent avoir fumé au cours du mois qui a précédé l'enquête (N=51). Lors de ces pratiques, la plupart des usagers (72.6%) disent avoir partagé le produit au mois une fois ainsi que les ustensiles (aluminium, pipe, embout, douille...) pour 84.3% d'entre eux. Enfin, il semble que pour la plupart des sujets (N=43), cette pratique n'ait pas induit de trouble particulier.

S'agissant des modes d'usages, il apparaît au regard des analyses de corrélation que le sujets qui pratiquent le sniff, pratiquent aussi l'inhalation à chaud ( $r=.33, p<.05$ ) et dans une moindre mesure, ceux qui pratiquent l'injection pratiquent aussi l'inhalation à chaud ( $r=.28, p<.05$ ). En revanche, aucune corrélation n'a pas être mise en évidence entre la pratique de l'injection et le sniff, ce sont donc des modes de consommation qui distinguent bien les usagers.

## 4- CIRCONSTANCES DE CONSOMMATION ET LIEUX FREQUENTES

### 4.1 Fréquentation de l'espace techno

La plupart des usagers interrogés déclare avoir été plus de 10 fois dans une fête techno au cours de leur vie (70.9%).

### 4.2 Avec qui ont lieu les consommations

Il semble que l'usage de drogues se fasse davantage seul ou avec des personnes familières de l'utilisateur. En effet, 58% indiquent consommer des substances psychoactives avec des proches, 26.7% déclarent consommer seul. Enfin, 2.7% des répondants seulement, indiquent avoir consommé des produits au cours du mois qui a précédé l'enquête avec des inconnus.

<sup>61</sup> 27 usagers déclarent avoir partagé le produit et 28 les pailles

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Seul</b>	40	26.7%
<b>Avec des proches</b>	87	58%
<b>Avec des connaissances</b>	19	12.7%
<b>Avec des inconnus</b>	4	2.7%
<b>Total</b>	150	100

**Les « partenaires » de consommations**

### 4.3 Lieu de consommation

Le lieu de consommation le plus souvent mis en avant est le logement de l'utilisateur (33.6%). Toutefois, divers autres lieux sont soulignés par un grand nombre de sujets comme étant le lieu de leur pratique, il s'agit de la rue pour 18.8% des répondants, d'un squat pour 25.5% et du lieu de travail pour 21.5%. Sont aussi nommés, les logements des amis (N=13) et le camion pour 8 usagers.

## 5- LES PRODUITS CONSOMMES

### 5.1 Le tabac et l'alcool

Une très large majorité de l'échantillon (N=145) fume du tabac. Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour est de 19.88 (ES=9.78).

S'agissant de l'alcool, 80% des usagers (N=120) indiquent avoir bu de l'alcool au cours du mois qui a précédé l'enquête et 49.2% d'entre eux disent en avoir consommé tous les jours. Lors des occasions de consommation, 51.2% des sujets disent consommer plus de 10 verres, et c'est essentiellement de la bière dite « normale » qui est bue pour 40% des répondants. Toutefois, 29.2% déclarent consommer des bières fortes et 20.8% des spiritueux ou des alcools forts. Seuls 10% indiquent boire du vin.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Bière normale</b>	48	40%
<b>Bière forte</b>	35	29.2%
<b>Spiritueux ou alcools forts</b>	25	20.8%
<b>Vin</b>	12	10%
<b>Total</b>	120	100

**Répartition des répondants selon les boissons consommées le plus souvent**

### 5.2 Le cannabis

L'ensemble des usagers indique avoir consommé du cannabis au cours de la vie. L'âge moyen de la première consommation est de 14.32 ans (ES=2.85). 89.3% déclarent en avoir consommé au cours du mois précédent l'enquête (N=133), à raison au moins une fois par jour pour 62.1% d'entre eux. En moyenne, les usagers fument 7.76 joints par jour (ES = 6.69) le plus souvent sous forme de résine de cannabis (86.4% des fumeurs), 12.9% déclarent le consommer sous forme d'herbe et 0.8% (N=1) sous forme d'huile.

### 5.3 L'héroïne

80.0% des sujets (N=120) déclarent avoir consommé de l'héroïne plus de 10 fois au cours de leur vie. Il est à noter que 6.7% indiquent n'en avoir jamais consommé (N=10). Tous les modes de consommation semblent avoir été utilisés au moins une fois au cours de la vie pour une large part des usagers : 80% des sujets en déclarent une prise sous forme d'injection, 90.8% sous forme de sniff et 89.2% par inhalation à chaud. Au cours du mois qui précède l'enquête, 62% des usagers (N=75) déclarent une consommation d'héroïne, pour 57.3% d'entre eux les prises se sont faites par injection, pour 50.7% en sniff et pour 40% par inhalation à chaud. Les usagers qui pratiquent le sniff ne pratiquent pas l'injection ( $r=-.53$ ,  $p<.05$ ). Ces résultats vont dans le sens de ce qui a été mis en évidence précédemment lors de l'analyse des modes de consommations.

45.3% des sujets déclarent 1 à 3 prises au cours du mois (N=34), 25.3% en déclarent entre 1 et 6 prises par semaine (N= 19) et 29.3% au moins une prise par jour (N=22). Toutefois, il convient de relativiser ces résultats car, la fréquence d'usage d'héroïne comme des autres drogues (hormis alcool, tabac et cannabis) est très dépendante de nombreux facteurs tels que la disponibilité du produit sur le site, la disponibilité d'argent pour les usagers...

Enfin, s'agissant du prix d'achat de l'héroïne, seul 3 sujets ont indiqué un prix d'achat pour l'héroïne blanche, compris entre 60 et 80 euros le gramme. Concernant l'héroïne brune, 52 sujets ont indiqué un prix d'achat compris entre 10 et 75 euros le gramme, le prix moyen étant à 49.61 euros le gramme (ES=13.75).

### 5.4 La cocaïne

Dans ce paragraphe, nous parlerons de consommation de cocaïne, mais seront sous-entendus aussi la consommation de crack ou de free base.

88.7% des usagers déclarent une consommation de cocaïne au moins une fois au cours de leur vie (N=133). 6 personnes indiquent n'en avoir jamais consommé. S'agissant des modes de prises, 69.2% déclarent consommer la cocaïne par injection (N=92), 94.7% par sniff (N=126) et 82% en fumette (N=109). Comme vu précédemment, les usagers qui déclarent pratiquer le sniff sont aussi ceux qui pratiquent l'inhalation à chaud ( $r=.33$ ,  $p<.05$ ), mais ces derniers n'utilisent pas la voie injectable. Par ailleurs, 51.9% des usagers de cocaïne indiquent en avoir consommé au cours du mois qui a précédé l'enquête (N=69). Le mode d'administration le plus fréquemment utilisé est l'injection (pour 60.9% des usagers), mais la fumette et le sniff sont aussi pratiqués par certains (respectivement 46.4% et 43.5%).

Les usagers ont ensuite été interrogés sur leur prise de cocaïne sous forme de poudre, de crack et de free base. La majorité des sujets (52.5%) déclarent 1 à 3 prises de cocaïne poudre au cours du mois précédent l'enquête (N=31), tandis que 40.7% en déclarent une consommation de 1 à 6 prises par semaine (N=24). Enfin, 4 personnes indiquent avoir une consommation supérieure ou égale à 1 prise par jour<sup>62</sup>. S'agissant du crack, seul un usager en déclare une prise comprise entre 1 et 6 par semaine. Enfin, concernant le free base, 14 personnes disent en avoir consommé 1 à 3 fois dans le mois, 12 déclarent 1 à 6 prises par semaine et 2 au moins une prise par jour.

	<i>Cocaïne poudre</i>		<i>Crack</i>		<i>Free base</i>	
	N	%	N	%	N	%
<b>1 à 3 prises dans le mois</b>	31	52.5%	0		14	50%
<b>1 à 6 prises par semaine</b>	24	40.7%	1	100	12	42.9%
<b>1 prise par jour</b>	2	3.4%	0		1	3.6%
<b>Entre 2 et 9 prises par jour</b>	2	3.4%	0		1	3.6%
<b>Total</b>	59	100	1	100	28	100

**Consommation de cocaïne poudre, de crack et de free base parmi les usagers**

<sup>62</sup> Même bémol posé ici concernant les résultats de fréquence d'usage que celui évoqué pour l'usage d'héroïne.

Le prix moyen du gramme de cocaïne est de 64.62 euros (ES=15.31) avec un prix maximum de 80 euros et un prix minimum de 25 euros.

## 5.5 Les médicaments

### 5.5.1 Le Subutex®

62% des personnes interrogées indiquent avoir consommé du Subutex® plus de 10 fois au cours de leur vie (N=93). En moyenne, l'âge de la première consommation est 22.90 ans (ES=6.01). La plupart des usagers de Subutex® (N=60) indique l'avoir injecté, l'âge moyen de la première injection étant de 32.28 ans (ES=5.68).

Au cours du mois qui a précédé l'enquête, 55.9% des sujets disent ne pas avoir consommé de Subutex®. En revanche, 30.1% déclarent en avoir consommé au moins une fois par jour (N=28). Les usagers indiquent que ce qui les pousse à consommer du Subutex®, c'est soit d'arrêter l'héroïne (N=15), soit de se défoncer (N=12), soit pour les deux motifs précédemment évoqué (N=14).

Les consommateurs déclarés de Subutex® (N=41) se sont ensuite prononcés quant au mode de consommation du produit, 48.8% en déclarent une consommation orale (N=20), 48.8% une consommation par injection, 26.8% par sniff (N=11) et un seul individu par inhalation à chaud. *Comme évoqué précédemment, les usagers qui pratiquent le sniff se distinguent très fortement de ceux qui pratiquent l'injection ( $r=-.37, p<.05$ ), mais aussi de ceux qui consomment le Subutex® par voie orale ( $r=-.48, p<.05$ ).*

Le moyen d'obtention du Subutex® est pour 56.1% des usagers une prescription médicale (N=23), mais l'absence de prescription est aussi mise en avant par 11 personnes.

### 5.5.2. La Méthadone®

52% des personnes interrogées déclarent avoir consommé de la Méthadone® au cours de leur vie (N=78). L'âge de la première prise est 30.42 ans (ES=5.51). Peu d'entre elles semblent avoir injecté ce produit (N=6) au cours de leur vie. Le mode d'administration principalement utilisé au cours du mois qui a précédé l'enquête est la voie orale (N=60).

Par ailleurs, toujours au cours du mois qui a précédé l'enquête, 23.1% des usagers indiquent ne pas avoir consommé de Méthadone® (N=18), 16.7% déclarent une consommation comprise entre 1 et 3 fois au cours du mois (N=13), pour 8 personnes, les prises sont comprises entre 1 et 6 par semaine et enfin, pour 39 personnes (soit 50% de l'échantillon), les prises sont supérieures ou égales à une par jour<sup>63</sup>.

	N	%
<b>Pas de prise</b>	18	23.1%
<b>1 à 3 prises dans le mois</b>	13	16.7%
<b>1 à 6 prises par semaine</b>	8	10.3%
<b>Au moins une prise par jour</b>	39	50%
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

#### Fréquence des prises de Méthadone® au cours du mois qui a précédé l'enquête

Les raisons qui amènent les usagers à consommer de la Méthadone® sont dans la plupart des cas pour arrêter l'héroïne (50%), 30% indiquent une consommation pour la défonce (N=18) et 20% pour les deux motifs évoqués précédemment (N=12).

Enfin, concernant les modes d'obtention de la Méthadone®, 66.7% des usagers l'obtiennent sur prescription médicale (N=40), 21.7% l'obtiennent sans prescription et 11.7% indiquent s'en procurer aussi bien avec que sans prescription médicale.

<sup>63</sup> Id. remarque faite en page 9 dans le chapitre concernant l'héroïne

### 5.5.3 Le Skénan® ou sulfate de morphine

53.3% des usagers déclarent consommer du Skénan® (N=80). L'âge moyen de la première consommation est de 25.05 ans (ES=6.68). 92.5% des usagers déclarent avoir consommé ce produit au moins une fois dans leur vie par voie injectable. C'est aussi ce qui ressort du mode d'usage pratiqué au cours du mois qui a précédé l'enquête (N=64). 96.9% des usagers indiquent que la prise de Skénan® s'est faite principalement par injection. La voie orale, le sniff et l'inhalation à chaud semblent peu pratiqués au sein du groupe enquêté. Parmi les usagers de ce produit, 41.3% indiquent en avoir consommé au moins une fois par jour au cours du mois qui a précédé l'enquête.

	N	%
<b>Pas de prise</b>	16	20%
<b>1 à 3 prises dans le mois</b>	14	17.5%
<b>1 à 6 prises par semaine</b>	17	21.3%
<b>Au moins une prise par jour</b>	33	41.3%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Fréquence des prises de Skénan®  
au cours du mois qui a précédé l'enquête**

La raison la plus souvent mise en avant pour justifier la prise de Skénan® est la recherche de défonce pour 51.6% des usagers (N=33). 17.2% déclarent en consommer pour arrêter l'héroïne et 31.3% déclarent une consommation aussi bien pour arrêter l'héroïne que pour la recherche de défonce.

Enfin, concernant le mode d'obtention, la plupart des sujets (64.1%) déclarent s'en procurer sans prescription médicale (N=41).

### 5.5.4 La codéine

59.3% des sujets déclarent ne jamais avoir consommé de codéine au cours de leur vie (N=89). L'âge moyen de la première consommation déclarée par les 61 consommateurs de codéine est de 19.75 ans (ES=4.63). La comparaison des moyennes d'âge entre le groupe des usagers non consommateurs de codéine et le groupe des consommateurs montre que ces derniers sont plus âgés que les premiers (respectivement 32,49 ans (ES= 7,19) et 27,87 ans (ES= 6,90),  $t=3,95$  à  $p<.0005$ ).

Concernant la fréquence des prises, celle-ci semble faible, puisque la majorité (52.5%) déclare ne pas en avoir consommé au cours du mois qui a précédé l'enquête, et 40.7% en indique 1 à 3 prises au cours du mois. La raison de cette consommation est le plus souvent pour arrêter l'héroïne (50% des sujets).

S'agissant des modes de consommation, seul 7 sujets se sont prononcés sur cette question, et c'est la voie orale qui est le plus souvent mise en avant. Enfin, concernant les modalités d'obtention de la codéine, les personnes déclarent s'en procurer aussi bien avec que sans prescription médicale.

### 5.5.5 Le Rohypnol®

Peu de sujets déclarent consommer du Rohypnol® (N=48). L'âge moyen de leur première consommation est de 19.54 ans (ES=4.81). Au cours du mois précédent l'enquête seuls 9 sujets indiquent avoir consommé ce produit, les raisons étant soit pour arrêter l'héroïne (N=4), soit pour la défonce (N=2), soit pour les deux motifs (N=3). Le mode d'administration le plus fréquent est la voie orale pour 8 personnes. Enfin, le Rohypnol® est la plupart du temps acquis par prescription médicamenteuse (N=7).

### 5.5.6 Les autres benzodiazépines<sup>64</sup>

70% des usagers déclarent consommer des benzodiazépines autres que celles déjà évoquées (N=105). L'âge moyen de la première consommation est 21.50 ans (ES=5.86). Concernant la fréquence des prises au cours du mois qui a précédé l'enquête, 38.1% des usagers interrogés déclarent ne pas en avoir consommé (N=40), tandis que 29.5% en déclarent une prise au moins équivalente à 1 par jour voire plus (N=31).

<sup>64</sup> Valium®, Tranxène®, Rivotril®, Témesta®, Lémoxil®, Xanax®, Stilnox®...

	N	%
<b>Pas de prise</b>	40	38.1%
<b>1 à 3 prises dans le mois</b>	21	20%
<b>1 à 6 prises par semaine</b>	13	12.4%
<b>Au moins une prise par jour</b>	31	29.5%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

**Fréquence des prises d'autres benzodiazépines  
au cours du mois qui a précédé l'enquête**

Les motifs de consommation sont aussi bien l'arrêt de l'héroïne (N=26) que la défonce (N=26). S'agissant des modes de consommation, le plus souvent les usagers déclarent soit le consommer par voie orale (73.34%), soit par voie injectable (32.8% des usagers). Les autres modes d'administration sont très peu utilisés.

Le principal mode d'obtention de ces benzodiazépines est la prescription médicale pour 51.6% des usagers.

#### **5.5.7 L'Artane®**

Au cours de la vie, seuls 23 sujets déclarent avoir consommé de l'Artane®. L'âge moyen de la première consommation est 18.69 ans (ES=4.3). Aucun usager n'a consommé ce produit au cours du mois qui a précédé l'enquête.

### **5.6 Les autres produits**

#### **5.6.1 L'ecstasy**

84% de l'échantillon déclarent une consommation d'ecstasy au cours de la vie (N=126). L'âge moyen de la première consommation est de 19.10 ans (ES=4.93). L'âge moyen des usagers qui déclarent une consommation d'ecstasy est plus bas (M=28,97 ans ; ES=6.92) que celui des non consommateurs (M=33,83 ans ; ES=8,33) ( $t=3,04$ ,  $p<.005$ ).

Au cours du mois qui a précédé l'enquête, 81% des sujets déclarent ne pas avoir consommé ce produit (N=102), 17.5% des usagers déclarent une consommation comprise entre 1 et 3 prises par mois (N=22). Le mode de consommation le plus souvent pratiqué est la voie orale, pour 75% des usagers. 33.3% utilisent par ailleurs, l'injection. Le sniff et l'inhalation à chaud semblent peu utilisés pour consommer des ecstasys.

#### **5.6.2 Les amphétamines**

82.7% des sujets déclarent avoir consommé des amphétamines au cours de leur vie. L'âge moyen de la première consommation est de 17.77 ans (ES=4.21). Les non consommateurs d'amphétamine sont en moyenne plus âgés que les consommateurs (respectivement M=33,07 ans (ES=8,68) et M=29,05 ans (ES=6,88),  $t=2,58$  à  $p<.01$ ).

66.9% des usagers déclarent ne pas avoir consommé d'amphétamine au cours du mois qui a précédé l'enquête (N=83), tandis que 26.6% en déclarent une consommation comprise entre 1 et 3 prises au cours du mois (N=33). Les modes de consommation le plus souvent mis en avant sont la voie injectable (48.8% des consommateurs) et le sniff (46.3% des usagers).

#### **5.6.3 La kétamine**

39.3% des personnes interrogées indiquent avoir consommé de la kétamine au cours de leur vie (N=59). L'âge moyen de la première consommation est de 21.65 ans (ES=5.45). Comme pour les substances évoquées précédemment, les consommateurs de kétamine sont plus jeunes (M=27,98 ans, ES=6,03) que les non consommateurs (M=30,90 ans, ES=7,92) ( $t=2,41$ ,  $p<.02$ ).

Parmi l'ensemble des sujets peu d'entre eux indiquent en avoir consommé au cours du mois qui a précédé l'enquête (N=21). Le mode d'administration le plus souvent mis en avant est le sniff pour 85.7% des usagers. Les autres modes de consommation sont très peu mis en avant.

#### **5.6.4 Les poppers**

46% des répondants indiquent avoir consommé des poppers au cours de leur vie (N=69). L'âge moyen de la première consommation est de 17.37 ans (ES=3.59). Les consommateurs déclarés de poppers sont plus âgés (M=31,46 ans, ES=7,22) que les non consommateurs (M=28,29 ans ; ES=7,20) ( $t=2,68$ ,  $p<.01$ ).

Seuls 6 sujets ont répondu aux questions suivantes et ont indiqué une consommation au cours du mois précédent l'enquête comprise entre 1 et 3 prises dans le mois, et un mode d'usage qu'est le sniff.

### **5.6.5 Les solvants**

48% des usagers indiquent avoir consommé des solvants au cours de leur vie (N=72) mais aucun n'en a consommé au cours du mois qui a précédé l'enquête. L'âge moyen de la première consommation est de 14.14 ans (ES=1.76).

### **5.6.6 Le LSD**

Le LSD semble relativement consommé par les usagers, puisque 74.7% en déclarent une consommation au cours de la vie (N=112). L'âge moyen de la première consommation est de 17.89 ans (ES=3.04). Parmi eux, peu en ont consommé au cours du mois qui a précédé l'enquête (N=21). L'unique mode de consommation déclaré est la voie orale.

### **5.6.7 Les champignons hallucinogènes**

78.7% des répondants ont consommé des champignons au cours de leur vie (N=118). L'âge moyen de la première consommation est de 17.79 ans (ES=3.47). Les consommateurs déclarés sont plus jeunes que les non consommateurs (respectivement M=28,77 ans, ES=6,44 et M=33,34 ans, ES=9,31 ; t=3,20 à p<.002).

Peu de sujets (N=12) déclarent en avoir consommé au cours du mois qui a précédé l'enquête. Rappelons que cette enquête a eu lieu entre février et mars, période peu propice à la pousse des champignons en Bretagne. Le mode de consommation indiqué est la voie orale pour les 12 sujets.

### **5.6.8 Le rachacha**

58% des sujets disent avoir consommé du rachacha au cours de leur vie, la première prise ayant eu lieu vers 19.34 ans (ES=3.85). Comme précédemment, les consommateurs déclarés sont plus jeunes que les non consommateurs (respectivement M=28,60 ans, ES=6,46 et M=31,33 ans, ES=8,23 ; t=2,26 à p<.05).

Seuls 10 personnes déclarent en avoir consommé au cours du mois qui a précédé l'enquête. Les modes de consommation sont aussi bien la voie orale que l'inhalation à chaud (N=5 pour ces deux modes d'administration).

### **5.6.9 Les autres plantes<sup>65</sup>**

Peu de sujets déclarent consommer d'autres plantes (N=24). Le plus souvent c'est le datura qui est évoqué (N=18). L'âge moyen de ces premières consommations est de 19.88 ans (ES=5.66). 21 sujets déclarent ne rien avoir consommé au cours du mois qui a précédé l'enquête. Les trois autres personnes déclarent avoir consommé ces plantes par voie orale.

### **5.6.10 Les autres produits**

D'autres produits sont consommés par les usagers mais dans des proportions moindres, il s'agit entre autres de l'opium (N=3) et du protoxyde d'azote (N=3).

## **6- LA CONSOMMATION DE PRODUITS PAR LES USAGERS**

### **6.1 Les substances consommées et les modes d'usage**

En moyenne, les usagers ont déclaré avoir consommé 11.31 produits différents (ES=4.03) au cours de leur vie, et 7.76 (ES=3.18) au cours du mois qui a précédé l'enquête.

L'âge moyen du premier sniff est très fortement corrélé avec l'âge moyen de la première injection (r=.73, p<.05), et de la première inhalation à chaud (r=.64, p<.05). De la même façon, l'âge de la première injection est corrélé avec l'âge de la première fumette (r=.38, p<.05). L'analyse des corrélations entre l'âge de la première consommation pour chacun des produits (ecstasy, amphétamine, kétamine, solvant, poppers...) fait apparaître la multiplicité des consommations sur une période très courte. Mais ce résultat peut poser question car, il est possible que les sujets n'aient plus très précisément en tête l'âge réel de leur première consommation, et situent davantage l'âge d'entrée dans la multiplicité des consommations, que l'âge réel d'essai de tel ou tel produit.

---

<sup>65</sup> Ayahuasca, Datura, Belladone, sauge divine...

## 6.2 « Le parcours d'usage »

Age moyen de première consommation des produits et des modalités d'usage	
14 ans	Cannabis, Solvants
17 ans	Poppers
18 ans	LSD, Champignons hallucinogènes, Amphétamines
<b>18 ans</b>	<b>Premier sniff</b>
19 ans	Ecstasy, Artane®, Rachacha
<b>19 ans</b>	<b>Première injection</b>
20 ans	Codéine, Rohypnol®, Autres plantes
<b>20 ans</b>	<b>Première inhalation à chaud</b>
21 ans	Autres benzodiazépines
22 ans	Kétamine
23 ans	Subutex®
25 ans	Skénan®
30 ans	Méthadone®

Le tableau ci-dessus indique l'âge moyen du premier usage pour un certain nombre de substances psychoactives. On peut remarquer que les premiers produits consommés sont ceux que les usagers peuvent aisément trouver soit dans le commerce (solvants et poppers) soit au marché de rue (cannabis). Vient ensuite un certain nombre de produits qui nécessitent la connaissance d'un réseau spécifique pour se les approprier. A travers ce « parcours d'usage » la Méthadone® semble être le dernier produit que les usagers mentionnent. Ceux-ci indiquent d'ailleurs que c'est celui qui leur a permis d'arrêter la consommation d'héroïne.

## 6.3 Une distinction entre usagers selon l'âge de la première injection

Sur l'ensemble des 150 usagers interrogés dans le cadre de PreLud, 15 ont indiqué avoir pratiqué leur première injection avant l'âge de 16 ans. Au regard de ces résultats, il apparaissait intéressant d'effectuer des analyses complémentaires sur ce groupe de consommateurs dont l'entrée dans l'usage semble précoce.

### 6.3.1 L'entrée dans la pratique d'injection, du sniff et de l'inhalation à chaud

Comme pour la pratique de l'injection, l'âge de la première inhalation à chaud et l'âge du premier sniff sont plus précoces dans ce groupe d'usagers que pour le reste du groupe.

	Age moyen Groupe 1 <sup>66</sup>	Age moyen Groupe 2 <sup>67</sup>	Comparaison de moyenne
<b>Première injection</b>	N=15 M=13.60 (ES=1.35)	N=92 M=20.43 (ES=3.98)	t= 6.55 p<.0000
<b>Premier sniff</b>	N=14 M=13.64 (ES=1.69)	N=85 M=18.15 (ES=3.62)	t= 4,56 p<.0005
<b>Première inhalation à chaud</b>	N=13 M= 16.84 (ES=7.54)	N=79 M=20.26 (ES=5.26)	t= 2.03 p<.05

Comparaison de moyennes d'âge de première expérimentation entre les groupes d'usagers

<sup>66</sup> Groupe 1 : Groupe des usagers qui déclarent une première injection avant 16 ans

<sup>67</sup> Groupe 2 : Groupe des usagers qui déclarent une première injection à partir de 16 ans

### 6.3.2 Les consommations de substances psychoactives

Des différences concernant l'âge de première consommation de certaines substances psychoactives sont à noter entre les deux groupes précédemment évoqués, c'est le cas du cannabis, du Subutex®, des autres benzodiazépines<sup>68</sup>, de l'Artane®, de l'ecstasy, des amphétamines, de la kétamine, du LSD et des autres plantes<sup>69</sup>.

	Age moyen Groupe 1	Age moyen Groupe 2	Comparaison de moyenne
<b>Cannabis</b>	N=15 M=12.46 (ES=2.32)	N=90 M=14.55 (ES=2.94)	t= 2.60 p<.01
<b>Subutex®</b>	N=12 M=19.50 (ES=6.50)	N=64 M=23.39 (ES=5.47)	t= 2.19 p<.05
<b>Autres benzodiazépines</b>	N=12 M=16.58 (ES=5.58)	N=70 M=22.55 (ES=5.26)	t= 3.59 p<.0005
<b>Artane®</b>	N=8 M=16.37 (ES=2.97)	N=14 M=20.35 (ES=4.30)	t= 2.30 p<.05
<b>Ecstasy</b>	N=13 M=15.30 (ES=2.25)	N=77 M=19.87 (ES=5.25)	t= 3.07 p<.005
<b>Amphétamine</b>	N=13 M=15.69 (ES=1.75)	N=79 M=19.41 (ES=4.05)	t= 3.25 p<.002
<b>Kétamine</b>	N=10 M=18.50 (ES=5.91)	N=37 M=22.51 (ES=5.43)	t= 2.03 p<.05
<b>LSD</b>	N=11 M=16.00 (ES=3.22)	N=75 M=18.08 (ES=2.78)	t= 2.26 p<.05
<b>Les autres plantes</b>	N=7 M=16.14 (ES=1.06)	N=8 M=20.87 (ES=5.43)	t= 2.25 p<.05

#### Comparaison de moyennes d'âge de première consommation de substances psychoactives selon l'âge de la première injection (avant ou après 16 ans)

Aucune différence d'âge de première consommation n'est à noter entre ces deux groupes d'utilisateurs pour les autres substances psychoactives (poppers, champignons hallucinogènes, Skénan®...).

### 6.3.3 L'état de santé des usagers

Enfin, deux analyses complémentaires ont été réalisées afin d'étudier l'état de santé des usagers selon l'âge de la première injection. La première concerne l'infection par les virus du sida et de l'hépatite C. Concernant cette dernière aucun résultat significatif ne nous permet de distinguer les « injecteurs précoces » des autres usagers. En revanche, s'agissant de l'infection par le VIH, on peut noter que les sujets qui déclarent être infectés par ce virus sont ceux qui déclarent une première injection avant 16 ans.

<sup>68</sup> Valium®, Tranxène®, Rivotril®, Témesta®, Lémoxil®, Xanax®, Stilnox®...

<sup>69</sup> Ayahuasca, Datura, Belladone, sauge divine...

	<b>Age moyen de la première injection</b>	<b>Comparaison de moyenne</b>
<b>VIH +</b>	N=7 M=15.14 (ES=2.41)	t= 2.77 p<.001
<b>VIH-</b>	N=86 M=19.77 (ES=4.35)	

**Moyenne d'âge de première injection selon la sérologie au VIH**

La seconde analyse porte sur l'état de santé perçu. Les usagers qui ont pratiqué une injection très tôt au cours de leur vie, déclarent un état de santé physique actuel moins bon que les autres usagers. En revanche, aucun résultat significatif n'apparaît concernant l'état de santé psychique perçu.

	<b>Age moyen de la première injection</b>	<b>Comparaison de moyenne</b>
<b>Très bonne santé</b>	18.00 ans	F(3, 103)=4.05 p<.05
<b>Bonne santé</b>	20.77 ans	
<b>Mauvaise santé</b>	18.16 ans	
<b>Très mauvaise santé</b>	15.55 ans	

**Moyenne d'âge de première injection selon l'état de santé physique perçu**

# Annexe 2

# Enquête NEMO



# NEMO

## Estimation de la prévalence de l'usage problématique de drogues à Rennes

### 1- PRESENTATION DE L'ETUDE

Cette étude menée sur plusieurs grandes villes de France (Lille, Lyon, Marseille, Metz, Rennes et Toulouse) en 2005 et 2006 vise à estimer la prévalence de l'usage problématique de drogues par la technique de capture-recapture<sup>70</sup> et à réaliser une estimation nationale de l'usage problématique de drogues.

*Le recueil des données concerne toutes les personnes qui résident dans les agglomérations concernées, depuis plus de 3 mois et qui ont consommé dans le mois écoulé précédent l'entretien, au moins un des produits suivants : héroïne, Méthadone®, Subutex®, ou autre opiacé au moins une fois dans le mois ; cocaïne/crack ou autre stimulant au moins une fois par mois ; hallucinogène au moins une fois par mois.*

Plusieurs structures sur le site de Rennes ont accepté de participer à l'étude, il s'agit :

- du CH Guillaume Régnier (DCA<sup>71</sup>)
- du CHU Ponchaillou (services des maladies infectieuses, services des maladies du foie, services des urgences et centre anti-poison),
- des médecins généralistes du réseau ville-hôpital-toxicomanies,
- le SAMU 35,
- des structures de réduction des risques ou d'accès facilité (Interm'Aides, le Puzzle, le Fourneau, la mission locale pour l'emploi et l'insertion)
- la police/gendarmerie (le substitut du procureur, l'UCSA<sup>72</sup>, le SMPR<sup>73</sup> et les données d'OCRTIS).

### 2- LES RESULTATS

#### 2.1 Caractéristiques des usagers

351 usagers ont été repérés à l'aide de fiche d'identification remplie dans chacune des structures participant à l'enquête. L'échantillon est composé à 77% d'hommes et 23% de femmes. La majorité des sujets ont entre 20 et 39 ans.

Pour une large part, ils indiquent vivre dans un logement durable (58.7%) et être affiliés à la sécurité sociale (96.9%) dont 45% le sont au titre de la CMU.

<sup>70</sup> La technique capture-recapture consiste à utiliser une méthode standard de modélisation log-linéaire (régression de poisson) pour ajuster les données incomplètes à partir de la probabilité de présence dans une, deux voire trois sources indépendantes (en l'occurrence ici, la présence d'un usager lambda dans une ou plusieurs structures indépendantes).

<sup>71</sup> DCA : Département des Conduites Addictives

<sup>72</sup> UCSA : Unité de Consultations et de Soins en Ambulatoire

<sup>73</sup> SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

## 2.2 Les consommations de substances psychoactives

	Au moins une fois	Plusieurs fois
<b>Héroïne</b>	45.8%	39.3%
<b>Opiacés</b>	15.3%	13.3%
<b>Cocaïne</b>	41.5%	37.9%
<b>Stimulants</b>	30.5%	28.4%
<b>Hallucinogènes</b>	15.0%	12.4%

### Les produits illicites consommés au cours du mois précède l'entretien

72% des usagers enquêtés consomment au moins une drogue illicites (héroïne, opiacés, cocaïne, stimulants ou hallucinogènes). Les substances le plus souvent consommées sont l'héroïne et la cocaïne.

	Usages (au moins une fois dans le mois)	Répartition des usages		
		Thérapeutiques	Mésusages	Les deux
<b>Méthadone</b>	44.9%	92.1%	4.8%	3.0%
<b>Subutex®</b>	26.8%	40.0%	40.0%	20.0%
<b>Sulfates de Morphines</b>	32.5%	10.4%	75.6%	13.9%
<b>Total</b>	74.0%	41.2%	14.9%	43.9%

### Les produits de substitution consommés au cours du mois qui précède l'enquête

74% des usagers déclarent avoir consommé au moins une fois dans le mois un produit de substitution :

- 45% ont pris de la méthadone, dont 92.1% à des fins thérapeutiques
- 32.5% des sulfates de morphines dont 75.6% dans le cadre d'un mésusage
- 26.8% du Subutex®, dont 40% à des fins thérapeutiques et 40% dans le cadre d'un mésusage

Par la méthode capture-recapture une estimation du nombre d'usagers problématiques a été réalisée sur le site de Rennes. Tous usages confondus le nombre d'usagers problématiques est évalué à 1493 personnes.

## 2.3 Prévalence d'usagers de drogues à Rennes

	Nombre	Ic-	Ic+
<b>Tous les usagers</b>	<b>1 493</b>	920	2 065
<b>Usagers de 15-44 ans</b>	<b>1 363</b>	840	1 885
<b>Usagers d'opiacés et de cocaïne</b>	<b>1 344</b>	829	1 859
<b>Usagers d'opiacés et de cocaïne de 15-44 ans</b>	<b>1 220</b>	755	1 687

### Estimation du nombre d'usagers à Rennes

Rapportée à la population totale de Rennes (estimée en 1999 à 272 182 habitants), la prévalence d'usagers problématique dans la population est de 5.48‰. Sur la tranche des 15-64 ans<sup>74</sup>, cette prévalence est estimée à 7.60‰ et sur la tranche des 15-44 ans<sup>75</sup> elle est estimée à 9.65‰.

<sup>74</sup> Selon l'enquête INSEE, 1999, la population des 15-64 ans à Rennes est estimée à 196 389 habitants

Quelques précautions sont à rappeler concernant les résultats obtenus. Tout d'abord, ces données sont de nature déclarative, elles posent donc la question de leur fiabilité. D'autre part, la méthode de capture-recapture, bien qu'étant éprouvée, donne lieu à des intervalles de confiances étendus, ce qui peut mettre en doute la fiabilité de l'estimation (ASPC)<sup>76</sup>.

---

<sup>75</sup> Selon l'enquête INSEE, 1999, la population des 15-44 ans à Rennes est estimée à 141 241 habitants

<sup>76</sup> ASPC (2000). Capture-recapture : reconnaissance d'une technique démographique en épidémiologie, *Maladies chroniques au Canada*, 18 (4).