

Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes ?

Étude qualitative exploratoire auprès de professionnels de santé et d'usagers de cocaïne, sur trois sites en France, en 2007-2008

Serge Escots

Guillaume Suderie

Jusqu'à ces dernières années, en France, la prise en charge des consommateurs de cocaïne ne faisait pas partie des priorités des professionnels du soin amenés à suivre des usagers de drogues. Or, depuis le milieu des années 1990, la cocaïne est entrée progressivement dans une phase de diffusion large de sa consommation. En 2005, en France, parmi les 12-75 ans, le nombre d'expérimentateurs était estimé à environ 1,1 million de personnes, parmi lesquelles 250 000 en avaient consommé au cours de l'année. Ces données sont très vraisemblablement en augmentation puisque les résultats les plus récents de l'enquête ESCAPAD montrent que le niveau d'expérimentation de cette substance à 17 ans a plus que triplé entre 2000 et 2008⁽¹⁾, atteignant 3,3 % de cette classe d'âge.

C'est dans ce contexte que l'OFDT a souhaité étudier la question des usages problématiques et de leurs réponses sanitaires. En effet, la hausse de l'usage de cocaïne – qu'il s'agisse de sa forme chlorhydrate (poudre), généralement sniffée, ou base (appelé free base ou crack) presque toujours fumée – laisse craindre l'apparition de problèmes sanitaires et sociaux en lien avec ces consommations. La littérature rapporte de nombreuses conséquences potentielles d'un usage de cocaïne notamment sur les plans addictologique, psychiatrique, somatique, périnatal ou encore social.

Ainsi des comorbidités psychiatriques, sous la forme d'aggravation de troubles existants ou par induction de troubles transitoires et dont le caractère aigu peut être à lui seul source de problèmes sanitaires ou sociaux, peuvent apparaître de même que des troubles somatiques avec en particulier des atteintes cardiaques (infarctus du myocarde) ou neurologiques (accidents vasculaires cérébraux). Qu'en est-il aujourd'hui en France ? Qu'observe-t-on comme problèmes somatiques, psychiatriques ou sociaux en lien avec ces usages ? Pour quels profils de consommateurs et quels types de consommations ? Quelles demandes les usagers adressent-ils aux dispositifs ? Quelles en sont les incidences pour les acteurs sanitaires ? Quelles réponses leur pro-

pose-t-on ? Quelles difficultés, usagers et acteurs, rencontrent-ils au travers des réponses apportées ?

Cet ensemble de questions constitue la problématique d'une étude qualitative exploratoire à paraître menée par l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées en 2007-2008 sur trois sites : Paris, Toulouse et la Martinique.

Méthodologie

La méthodologie qualitative mise en œuvre ne vise pas à la représentativité mais à éclairer la diversité des pratiques et des opinions.

L'enquête a été menée auprès de deux populations sources : des acteurs des champs hospitalier, médical, médico-social ou social au contact de consommateurs de cocaïne (sous forme chlorhydrate ou basée) spécialisés ou non en addictologie d'une part ; des consommateurs de cocaïne, l'utilisant sous sa forme chlorhydrate ou base, ayant rencontré un problème qu'ils pensent lié à cet usage.

L'analyse a été réalisée à partir de 144 sources différentes regroupant pour la majorité des professionnels (93 entretiens individuels et 14 groupes focaux d'équipes de soins ou de réduction des dommages). Trente-sept entretiens ont également été menés auprès d'usagers.

Les types de professionnels interrogés ont été choisis à partir de ce que la littérature et l'enquête préparatoire indiquaient comme professionnels du champ concerné. Des médecins, psychologues ou travailleurs sociaux intervenant dans des équipes de liaison en addictologie, des CSST/CSAPA ou encore des dispositifs de première ligne mais aussi d'autres professionnels de santé exerçant en psychiatrie ou dans des disciplines concernées par les conséquences somatiques ou périnatales de l'usage de la cocaïne, comme les urgences, la cardiologie, la neurologie, ou l'obstétrique entre autres, ont été interrogés. Les entretiens menés auprès d'usagers concernaient des personnes insérées ou en situation de précarité.

Le choix des sites a été déterminé par plusieurs contraintes méthodologiques : une diversité de configuration de contextes de consommation et de problématiques d'usage ; un accès facilité au terrain ou encore un nombre de sites restreint. En effet, le nombre de catégories d'acteurs de santé susceptibles d'être interrogés limitait considérablement la multiplication de sites de recueil. En ce sens, le choix de Paris,

d'une grande agglomération de province et d'un département d'outre-mer constituait un compromis acceptable. Après un examen approfondi de la littérature, le recueil de données a combiné aussi bien des observations participantes, des conversations ethnographiques², des entretiens semi-directifs de type compréhensifs³ que des groupes focaux d'équipes de santé⁴.

L'analyse thématique a été réalisée après transcription des matériaux enregistrés selon une méthode de décontextualisation/recontextualisation assistée par le logiciel Nvivo 7.

Demandes, problèmes identifiés et réponses des professionnels

Demandes de soins rencontrées

En matière de soin en addictologie, le niveau de demande adressée à la plupart des dispositifs reste globalement peu élevé⁵ et stable⁶ à l'exception de ceux qui ont rendu visible une offre spécifique et qui voient les demandes augmenter. Les usagers se présentent presque toujours en situation de « crise », à des moments où les conséquences néfastes sur le plan sanitaire et social sont déjà très importantes.

En ce qui concerne spécifiquement les problèmes somatiques, il y a peu de demandes en dehors de situations cliniques où l'urgence prédomine. Des acteurs de santé rencontrent quelques demandes d'information ou de « tranquillisation » après un épisode de consommation qui a induit quelques symptômes et conséquences néfastes consécutifs aux modes d'administration adoptés – tels l'injection – dont les problèmes s'amalgament avec ceux liés aux autres molécules injectées comme la buprénorphine haut dosage. D'autres problèmes liés à l'inhalation à chaud ou à la voie nasale sont décrits.

L'essentiel des demandes que la psychiatrie publique ou privée accueille est marqué par une tonalité de crise qui fait suite à des épisodes de consommation intenses et compulsifs. Les demandes portent plus généralement sur des troubles dépressifs ou bipolaires – parfois sur des schizophrénies (en général population de consommateurs de crack plus précarisés) – et sont l'occasion pour les cliniciens d'identifier des usages de cocaïne/crack qui aggravent ces pathologies.

Les obstétriciens, quant à eux, s'accommodent mal de l'usage de cocaïne chez leurs patientes, car les pathologies sont nombreuses et sévères pour la mère et l'enfant et parce que, contrairement à l'héroïne, d'éventuels traitements de substitution ne sont pas disponibles. Quelques demandes en amont de la grossesse de femmes consommatrices qui envisagent d'arrêter pour protéger leur futur bébé sont rapportées. On observe aussi des demandes d'aide sociale chez des femmes consommatrices de crack en grande précarité qui ont conduit leur grossesse à terme.

Problèmes identifiés par les professionnels

Tous les acteurs font état selon leur poste d'observation des problèmes d'usages nocifs, d'addiction et de toxicomanie¹.

Les troubles psychiatriques occupent une part importante des problèmes évoqués ; parmi les problèmes somatiques, les troubles cardiovasculaires et vasculaires cérébraux, la traumatologie et les problèmes liés aux modes d'administration sont mentionnés. Selon qu'ils sont, « spécialiste du secteur de l'addictologie² », urgentiste, médecin généraliste, psychiatre ou cardiologue les acteurs les mentionnent plus ou moins. Les acteurs du champ psychiatrique peuvent ainsi noter aussi bien des troubles induits par des usages intensifs ou réguliers (troubles transitoires de l'humeur, anxiété, syndrome dépressif, hallucinations) que des aggravations de pathologies préexistantes à l'usage (troubles bipolaires ou schizophrénie).

Sur le plan somatique, une série de problèmes en lien avec une consommation de cocaïne a été directement rapportée par les professionnels et les usagers interrogés essentiellement au niveau cardiaque (hypertension artérielle, angor ou infarctus du myocarde) et neurologique (accidents vasculaires cérébraux, troubles convulsifs). Des problèmes locorégionaux liés aux modes d'administration, comme des infections ou des perforations de la cloison nasale, des abcès et atteintes veineuses dus aux injections, voire des lésions et brûlures autour de la bouche chez les fumeurs de crack – ou de l'œsophage par absorption accidentelle d'ammoniaque lors de préparation de free base – ont également été fréquemment rapportés. Des blessures accidentelles ou en lien avec la violence ont aussi été notifiées et, très spécifiquement en ce qui concerne les fumeurs de crack vivant dans des conditions précaires, des problèmes dermatologiques aux pieds et aux mains.

La consommation compulsive et intensive de cocaïne engendre d'autre part des conséquences dommageables au plan familial, social et professionnel. Vol, deal, escroquerie, prostitution, endettement, dilapidation de patrimoine, sont des « recours » que certains consommateurs peuvent mettre en œuvre pour faire face aux coûts de leur addiction, « solutions » qui ont des répercussions importantes sur le plan conjugal, familial, social et professionnel. Enfin, les acteurs de santé ont mis en évidence, en plus des dommages pour la santé de la mère et de l'enfant durant la grossesse, des usages compulsifs des mères comme facteurs de discontinuité des liens, préjudiciables aux conditions de développement de l'enfant.

Réponses apportées

Les professionnels de santé « non spécialisés » en addictologie n'ont pas véritablement d'outils spécifiques en termes de traitements consécutifs à l'usage de cocaïne. Un infarctus, un accident vasculaire cérébral ou un trouble psychiatrique transitoire induit se traitent ainsi selon des modalités indifférentes à leurs facteurs étiologiques. Les questions de dépistage et d'orientation des problèmes addictifs sous-jacents se posent néanmoins mais s'avèrent très

inégalement traitées selon les disciplines, les contextes d'interventions et les profils de consommateurs. Ainsi, les usages addictifs sont peu identifiés lors de rencontres entre acteurs de santé et usagers à l'occasion d'usages nocifs.

Les « acteurs spécialisés » déploient quant à eux, et selon leur identité professionnelle, des stratégies différentes face aux problèmes d'addiction ou de toxicomanie. En l'absence de consensus sur les modalités de prise en charge, la plupart des acteurs répondent de façon non spécifique aux problèmes induits par l'usage de cocaïne. Seul un sous-groupe d'acteurs, peu nombreux au demeurant, développe des approches thérapeutiques plus spécifiques, en réponse aux manifestations cliniques d'une addiction à la cocaïne. Quelques praticiens expérimentent même, sur des modes plus ou moins empiriques, des traitements pharmacologiques qui ciblent les problèmes addictologiques.

Ainsi, certains praticiens préconisent des prescriptions de psychostimulants comme la Ritaline® (méthylphénidate) ou le Modiodal® (modafinil) chez des patients dépendants à la cocaïne, dans une visée de traitement des troubles préexistants comme l'hyperactivité de l'adulte par exemple. Plus facile à manier, le Mucomyst® (N-acétylcystéine), qui a fait l'objet de différentes études ces dernières années, est utilisé dans plusieurs services hospitaliers.

L'Épitomax® (topiramate) est fréquemment cité dans une indication de réduction du craving ou d'accompagnement de l'arrêt. Certains psychiatres, après l'avoir expérimenté, lui préfèrent les neuroleptiques atypiques comme l'Abilify® (aripiprazole), le Solian® (amisulpride), le Zyprexa® (olanzapine) ou encore le Risperdal® (rispéridone). Cependant, l'utilisation d'antipsychotiques dans le traitement des cocaïnomanes est contestée. En France comme ailleurs, le choix de l'utilisation de molécules spécifiques dans une perspective de traitement des cocaïnomanes ne fait pas encore l'unanimité³.

D'autres praticiens, dans l'attente de recommandations, utilisent pour l'instant des molécules plus « classiques » dans des intentions plus symptomatiques quand il s'agit de traiter les conséquences de l'abus par l'utilisation de benzodiazépines, d'opiacés ou encore de neuroleptiques sédatifs.

Différentes méthodes de soin, peu utilisées jusqu'ici en France en addictologie comme les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et dans une moindre mesure l'acupuncture, apparaissent de façon marginale. En l'absence de traitements de substitution, les approches psychoéducatives occupent une place importante pour la continuité des prises en charge.

1. Les définitions des termes sont respectivement celles de Philippe-Jean Parquet (1998), Aviel Goodman (1990) et Albert Ogien (1995) et Robert Castel (1998).

2. Sont inclus ici les CSST/CCAA/CSAPA, Service hospitalier d'addictologie, ECIMUD, CAARUD, ce regroupement recouvrant des disparités socio-historiques déterminantes pour les représentations et les pratiques analysées dans l'étude.

3. Des recommandations de la Haute Autorité de Santé sur ce sujet sont attendues pour la fin 2009.

Difficultés rencontrées dans l'intervention auprès des usagers

Au cours de la précédente décennie, l'accueil des toxicomanes à l'hôpital a fait l'objet de mesures des pouvoirs publics afin de favoriser l'accès aux soins. Cependant, celui-ci reste problématique pour les usagers précarisés consommateurs de cocaïne, souvent polytoxicomanes, du fait de problèmes de comportement du côté des usagers et de prise en charge du côté des professionnels (cadres et représentations inappropriés). La prise en charge de patients présentant de multiples problématiques addictives, somatiques, psychiatriques et sociales, rend de plus leur accompagnement particulièrement difficile, les acteurs ayant des difficultés à orienter ce public. Paradoxalement, les consommateurs qui ont une activité professionnelle importante, comme c'est le cas pour une partie des usagers problématiques, ont aussi des difficultés pour dégager du temps afin de pouvoir se soigner.

Enfin, un comportement compulsif modifie sans cesse la hiérarchie des besoins chez l'usager remettant constamment en cause la continuité des projets de soins.

Référents de connaissances et croyances des professionnels

Des représentations bipolaires des consommateurs de cocaïne

Globalement, deux grandes catégories sociales polarisent les représentations des professionnels concernant les usagers du produit : les classes sociales très à l'aise sur le plan socio-économique et les couches marquées par la précarité sociale incarnées par le crackeur ou le polytoxicomane. Cette bipolarisation et la cristallisation en deux figures – d'un côté le (poly) toxicomane, de l'autre le cocaïnomanie – occulte une part importante des consommateurs socialement insérés qui connaissent des usages problématiques.

Produit de l'histoire de l'héroïne, la figure du toxicomane, renouvelée aujourd'hui par celle du polytoxicomane, est un archétype qui fonctionne depuis longtemps dans l'imaginaire social. Aujourd'hui émerge celui du cocaïnomanie, qui est en train de devenir une catégorie à part entière transcendant toutes les figures possibles des consommateurs de cocaïne. Ce personnage, tout aussi mythique que le toxicomane, concentre plusieurs caractéristiques présentées par les acteurs de façon éparse et fragmentée : l'argent, le pouvoir. Il symbolise par ailleurs des mondes sociaux particuliers, comme le show-business, la politique, le journalisme, celui des activités intellectuelles en général, ou commerciales, etc. Son usage, inscrit dans des contextes divers qu'ils soient professionnels, sportifs, festifs, sexuels, serait motivé par la recherche de performance, de sensations fortes.

Figure intermédiaire entre le « crackeur » nord américain et le « crackeur » parisien, le « cracké » martiniquais suscite, chez les acteurs de santé, des représentations et des croyances similaires à

celles qui prévalent encore pour les toxicomanes hexagonaux. Violence et prostitution étaient les attributs des toxicomanes à l'héroïne, ils sont aujourd'hui ceux des crackeurs. À la Martinique, comme dans l'hexagone, le toxicomane reste encore, du fait de la peur qu'il inspire, un patient fréquemment stigmatisé dans le secteur hospitalier, ce qui a un impact important sur la relation soignant-soigné. Il apparaît ainsi que le crackeur incarne aujourd'hui l'archétype de l'héroïnomanie d'hier.

Dans cette logique, tout oppose les « cocaïnomanes » aux (poly) toxicomanes : aux uns « beaux quartiers » et « banlieue chic », aux autres « mangrove », « squats du nord de Paris ». Produits et types d'usage s'opposent aussi : « poudre » d'un côté, « caillou » de l'autre ; le cocaïnomanie sniffeur en regard de l'injecteur ou du fumeur de crack ; au premier la fête, au second l'addiction... Ces représentations sur les populations construisent un imaginaire qui masque des pans entiers de la « réalité » des consommations.

Une phénoménologie de la cocaïne globalement méconnue

La représentation de la cocaïne comme « drogue festive », « peu dangereuse », reste partagée par un certain nombre de soignants, y compris spécialisés. La dramatisation des modes d'usage les plus problématiques (crack et injection) a tendance à banaliser la consommation de la cocaïne par voie nasale. Pour de nombreux intervenants rencontrés, la catégorie de pensée qui associe « personne + problème + cocaïne » est immédiatement assimilée au polyconsommateur, ce qui relativise la place de la cocaïne en tant que problème.

Par ailleurs, différences et équivalences entre cocaïne, crack et free base ne sont pas encore clairement établies chez bon nombre d'acteurs ; leurs modes d'utilisations et les incidences sur les problèmes ne sont pas toujours repérés. Mais de façon plus générale, la phénoménologie de la cocaïne, organisée autour du craving, échappe à de nombreux acteurs dont les représentations sont surdéterminées par des connaissances sur les opiacés et centrées sur la notion de dépendance physique. L'absence de dépendance « physique » brouille le repérage des problèmes de dépendance avec la cocaïne. Une lecture structurée par un modèle opio-référencé est facteur d'erreurs d'interprétation et de malentendus. Ces référentiels de connaissances, inappropriés pour la cocaïne, influencent les pratiques et ne favorisent pas la rencontre avec les usagers et la relation soignant-soigné.

Divergences d'objectifs

En addictologie en général et pour les problèmes de cocaïne en particulier, les objectifs généraux des traitements peuvent diverger. Pour de nombreux acteurs, le contrôle de la consommation est un objectif acceptable alors que d'autres soutiennent l'abstinence comme seul objectif thérapeutique. Quoi qu'il en soit, l'idée de proposer des réponses appropriées aux besoins exprimés du patient à différents moments de son parcours est partagée par plusieurs cliniciens rencontrés.

Pour certains, il s'agit, durant les moments de crise, de « séparer le consommateur de son milieu » afin d'apaiser la situation sur le plan somatique, psychique et social et ainsi de permettre au patient de « faire le point ». D'autres, à l'inverse, pensent qu'il ne faut pas avoir recours à ces séjours de rupture-éloignement, notamment pour les usagers de cocaïne base précaires, dans la mesure où « la rechute est inévitable » au terme du séjour. Pour eux, il convient d'éviter l'effet de « renforcement négatif », sur « l'image de soi » et sur la « motivation à se soigner » que la rechute induit. Au travers de ces divergences, ce sont les modèles théoriques plus généraux qui modélisent les soins en addictologie, qui s'expriment.

Problèmes, recours et représentations des usagers

Problèmes rencontrés du point de vue des usagers en demande de soins

Hormis en Martinique, les prescriptions de traitements de substitution aux opiacés interfèrent souvent dans les demandes de soins de nombreux usagers problématiques de cocaïne. Pour le public polytoxicomane qui se tourne vers des dispositifs de soins en toxicomanie, les problèmes de cocaïne peuvent se trouver souvent masqués par les prescriptions d'opiacés. Ce n'est pas le cas de certains usagers insérés ou issus de populations relativement favorisées sur un plan socio-économique, qui s'adressent à des dispositifs ayant rendu visible une offre spécifique pour les problèmes de cocaïne.

Les principaux problèmes mis en évidence par les usagers concernent les épisodes de consommation intensive et compulsive avec leur cortège de conséquences au plan psychique et social : « déprimé », « parano », « anxieux », « endetté », « fatigué », c'est un usager épuisé qui sort de séquences plus ou moins importantes de consommation. Sur le plan psychique et social, c'est la dimension compulsive qui engendre les dégâts dont se plaignent le plus les usagers.

Croyances, logiques de non-recours et préservation de soi

La non-reconnaissance des problèmes que posent l'abus d'usage et l'addiction à la cocaïne est une cause essentielle du non-recours aux dispositifs spécialisés.

La situation de crise ne suffit pas à constituer forcément un problème d'addiction pour l'usager, même lorsque celui-ci l'éprouve dans toutes ses conséquences sanitaires et sociales. Il faut aussi être à même de relier ces conséquences néfastes à une cause qui relèverait de l'addiction ou de la toxicomanie. Le modèle des opiacés réduit souvent ces notions à leur dimension physique. La dépendance psychique, dans ce schéma, n'est pas toujours identifiée en tant qu'addiction. Pourtant, les usagers mettent constamment en avant cette dimension psychique propre à la cocaïne, en l'opposant aux

opiacés. Car si le craving est parfaitement identifié par les usagers, il est déconnecté de sa dimension physiologique, laquelle est bien identifiée en matière de dépendance aux opiacés. Même les problèmes somatiques ne donnent pas forcément lieu à des demandes de soin en addictologie y compris dans des situations dont la gravité a induit des interventions sanitaires en urgence.

Les usagers mettent en place des stratégies pour faire face au caractère compulsif de leur consommation et à ses conséquences. Lorsque des signaux psychiques, économiques, physiques « s'allument », ils « lèvent le pied », ce qui leur permet d'éviter les situations de crises aiguës. Les symptômes de la sphère cardio-pulmonaire ou les migraines sont souvent interprétés comme des conséquences « normales » de l'usage de cocaïne. Les usagers méconnaissent souvent les risques d'ordre somatique liés aux surdosages. Cette méconnaissance les conduit fréquemment à ne pas consulter, ce qui les expose ainsi à des risques au niveau cardiovasculaire et vasculaire cérébral.

Pour les usagers très favorisés sur le plan économique, le coût des consommations n'est pas immédiatement un problème et lorsque cela devient indispensable, l'accès à des solutions de rupture avec le produit non plus. Pour les autres usagers, stratégies délinquantes et aménagement du mode de vie alternent avec des moments d'exposition au produit et des phases de retrait, mobilisant les ressources disponibles dans la famille, l'entourage ou les dispositifs institutionnels, qui permettent de « gérer » un certain temps.

Difficultés avec les professionnels de santé sollicités

La difficulté à échanger sur les problèmes liés à la cocaïne résulte de nombreux facteurs qui relèvent autant des croyances des usagers que des représentations des acteurs. En premier lieu, l'usage de cocaïne, dans la mesure où beaucoup de consommateurs ne le pensent pas comme une toxicomanie, ne nécessite pas la consultation d'un professionnel ; d'autant que l'usager suppose que ce professionnel ne dispose que d'opiacés de substitution pour répondre aux problèmes de toxicomanie. Pour les polytoxicomanes, bénéficiant d'une prescription d'un médicament de substitution, le fait de croire que la déclaration d'une consommation de cocaïne pourrait entraîner des conséquences sur cette prescription est très fréquent. Par ailleurs, certains médecins généralistes ne se sentent pas compétents pour une prise en charge et renvoient immédiatement l'usager vers le spécialiste. Certains intervenants spécialisés, pour leur part, n'ont pas une connaissance suffisante des effets sanitaires induits par la cocaïne pour instaurer un dialogue avec un usager, qui se sent incompris dans son vécu avec la cocaïne. La croyance, enfin, qu'il n'existe pas de réponse thérapeutique n'encourage pas à parler du problème.

Conclusion et perspectives

Cette étude qualitative exploratoire, première du genre en France, témoigne des dommages de l'usage problématique de cocaïne, dans

une période d'augmentation de sa diffusion. Elle montre que les usagers qui ont rencontré un problème sanitaire ou social lié à cet usage ont peu recours aux dispositifs de soins. Ce constat est valable tant pour les problèmes d'abus et de dépendance que pour les conséquences somatiques ou psychiques. Hormis des urgences vitales ou de situations psychiatriques extrêmes qui conduisent l'environnement du sujet à solliciter une intervention, présenter une addiction à la cocaïne ou connaître des problèmes vasculaires ou neurologiques liés à son usage, n'est pas actuellement un motif de consultation spécialisée aussi fréquent que pour les opiacés.

Ces résultats devraient permettre de réviser certaines croyances et représentations concernant l'usage de cocaïne et les conséquences, loin d'être banales, qu'il induit. Cependant, ces données d'ordre qualitatif ne renseignent pas sur la fréquence des dommages décrits. Il sera indispensable à l'avenir de les compléter par des recueils de type quantitatif.

Ce travail documente les différentes rencontres entre soignants et usagers et les conditions de leurs possibilités mais dans le même temps il dévoile les logiques à l'œuvre pour empêcher qu'elles aient lieu. Pour autant, des usagers viennent parfois demander de l'aide et des soignants tentent de répondre, n'hésitant pas pour certains à expérimenter de nouvelles pistes. Au travers de l'expérience de professionnels inscrits dans des réalités locales très contrastées et à un moment de transformation des dispositifs institutionnels, cette étude montre la manière dont l'usage de cocaïne fait évoluer la représentation du toxicomane et donne aussi une opportunité au système de soins spécialisés de poursuivre les mutations engagées il y a quelques années.

Pour les acteurs, l'amélioration des connaissances liées à l'usage spécifique de la cocaïne et la visibilité des dispositifs disposant de réponses possibles, constitueraient deux conditions susceptibles d'améliorer l'accès aux soins. Un changement des représentations du côté des usagers également et notamment celles qui leur laissent accroire qu'il n'existe pas de toxicomanie à la cocaïne ou bien que les réponses thérapeutiques à la dépendance, quand elle est reconnue, sont absentes. Ce point est important car l'usager développe – pour gérer aussi bien les accidents somatiques ou psychiatriques aigus, que les conséquences de l'addiction – un ensemble de stratégies qui le met à l'écart des dispositifs de prise en charge. Ces attitudes peuvent s'intégrer dans ce que Maria Caiata Zufferey²⁾ appelle les stratégies de préservation de soi, lesquelles reposent notamment sur une régulation et une planification des consommations, ou un éloignement temporaire des zones de consommation.

Toutefois, la création de lieux permettant de « s'extraire » rapidement de l'exposition au produit lorsque l'usager est débordé par ses consommations, ou la mise en place de traitements pharmacologiques qui permettraient de calmer la dimension compulsive de l'usage, pourraient constituer des réponses aux principaux problèmes. Tous les usagers ne disposant pas des ressources économiques, sociales et familiales qui permettent ce type de préservation de soi, il n'est pas illégitime d'envisager qu'il appartient aux dispositifs sanitaires et sociaux de prendre le relais.

Bibliographie

- ① Legleye S., Spilka S., Le Nézet O., Laffiteau C., « Les drogues à 17 ans Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 », *Tendances* n° 66, OFDT, juin 2009.
- ② Olivier De Sardan J.-P., « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », *Enquête*, 1, p. 71-109, 1995.
- ③ Kaufmann J.-C., *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan, 1996.
- ④ Bello P.-Y., et al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002*, OFDT, juin 2003.
- ⑤ Palle C., Vaissade L., « Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP », *Tendances*, 2007, n° 54, 6 p.
- ⑥ Palle C., Lemieux C., Prisse N., *Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en 2005, 2007*, Saint-Denis, OFDT/DGS, à paraître.
- ⑦ Caiata M., « Le consommateur intégré : entre adaptation à la réalité et production de la réalité », in Faugeron C., Kokoreff M., *Société avec drogues. Enjeux et limites*, Erès, 2002, p. 63-77.

Tendances

Directeur de la publication
Jean-Michel Costes

Comité de rédaction
Catherine Berthier, Sylvain Dally,
Alain Epelboin, Serge Karsenty, Maria Melchior

Secrétariat de rédaction
Julie-Emilie Adès

Maquettiste
Frédérique Million

Impression
Imprimerie Masson / 69, rue de Chabrol
75010 Paris
ISSN 1295-6910
Dépôt légal à parution

Observatoire français des drogues
et des toxicomanies
3, avenue du Stade de France
93218 Saint-Denis La Plaine cedex
Tél : 01 41 62 77 16
Fax : 01 41 62 77 00
e-mail : ofdt@ofdt.fr

An english version of this publication will be
available soon on Web at this URL:
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/english-tab.html>

www.ofdt.fr

