

# **USAGES PROBLÉMATIQUES DE COCAÏNE/CRACK**

## **QUELLES INTERVENTIONS POUR QUELLES DEMANDES ?**

---

**Serge Escots**

**Guillaume Sudérie**

## SOMMAIRE

<b>CONTRIBUTIONS</b>	<b>10</b>
<b>SYNTHÈSE</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>19</b>
<i>CONTEXTES, PROBLÉMATIQUES, OBJECTIFS, MÉTHODE ET DESCRIPTION DU CORPUS</i>	19
<i>Disponibilité et niveaux de consommation de la cocaïne en hausse</i>	19
<i>L'usage de cocaïne n'est pas sans risques sur le plan sanitaire et social</i>	20
<i>OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE</i>	21
<i>MÉTHODOLOGIE</i>	22
<i>UN CORPUS IMPORTANT POUR COUVRIR L'ENSEMBLE DES CHAMPS DE L'ENQUÊTE</i>	24
 <b>EXAMEN DE LA LITTÉRATURE</b>	 <b>27</b>
<i>REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES</i>	
<i>DONNÉES RELATIVES AUX CONSOMMATIONS AUX ÉTATS-UNIS, EN EUROPE ET EN FRANCE</i>	28
<i>Consommations aux États-Unis</i>	28
<i>Consommations en Europe</i>	29
<i>Repères concernant la cocaïne et le crack en France</i>	29
<i>Mortalité et cocaïne en France</i>	31
<i>Données existantes concernant les trois sites de l'étude</i>	32
<i>DOMMAGES SOCIAUX ET SANITAIRES LIÉS AUX USAGES DE COCAÏNE ET DE CRACK</i>	33
<i>Dommages sociaux</i>	33
<i>Pathologies somatiques</i>	35
<i>Comorbidités psychiatriques</i>	40
<i>Les problématiques liées à la grossesse et à la néonatalité</i>	43
<i>Cocaïne et addiction</i>	45

<i>ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LES TRAITEMENTS</i>	45
<i>Conduites à tenir en cas de complications liées à une intoxication aiguë</i>	45
<i>Les traitements médicamenteux de la dépendance à la cocaïne</i>	46
<i>L'immunothérapie</i>	48
<i>Les approches psychothérapeutiques</i>	49
<i>Les autres réponses</i>	51
<b>QU'EN EST-IL DES DEMANDES DE SOINS LIÉES À UN USAGE DE COCAÏNE EFFECTIVEMENT RENCONTRÉES PAR UNE PLURALITÉ DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ ?</b>	<b>58</b>
<i>LES DEMANDES EN LIEN AVEC UN PROBLÈME D'ABUS D'USAGE OU DE DÉPENDANCE</i>	58
<i>LES DEMANDES EN LIEN AVEC UN PROBLÈME SOMATIQUE</i>	61
<i>LES DEMANDES EN LIEN AVEC UN PROBLÈME PSYCHIATRIQUE</i>	62
<i>LES DEMANDES EN LIEN AVEC UN PROBLÈME DE PÉRINATALITÉ</i>	64
<i>DISCUSSION</i>	65
<i>Demandes de soins pour les problèmes d'abus d'usage et de dépendance</i>	65
<i>Autres demandes de soins</i>	66
<i>DEMANDES DE SOINS EN LIEN AVEC L'USAGE DE COCAÏNE RENCONTRÉES PAR LES PROFESSIONNELS. POINTS CLÉS DE L'ENQUÊTE :</i>	66
<b>COMMENT LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CARACTÉRISENT-ILS LES PROBLÈMES RENCONTRÉS PAR LES USAGERS DE COCAÏNE ET DE CRACK QU'ILS CÔTOIENT ?</b>	<b>68</b>
<i>USAGES NOCIFS ET ADDICTION</i>	
<i>Usages compulsifs, usages nocifs : un état d'épuisement</i>	68
<i>Cocaïne et addiction</i>	69

<i>TROUBLES PSYCHIATRIQUES</i>	70
Les troubles psychiatriques premiers problèmes rencontrés par les acteurs spécialisés en addictologie	71
Troubles liés à l'usage de cocaïne et troubles psychiatriques : une intrication complexe	71
Troubles psychotiques induits ou comorbides	73
Troubles bipolaires et cocaïne	74
Cocaïne et dépression	75
Hyperactivité et cocaïne	75
Adolescents, cocaïne et troubles psychiatriques	76
<i>COCAÏNE ET URGENCES</i>	77
Urgences et cocaïne, des motifs de rencontre pluriels	77
L'accident grave : anecdotique ?	80
Sous-estimation et absence de dépistage	80
Un produit peut en masquer un autre	82
<i>PROBLÈMES CARDIAQUES : DE L'« HISTOIRE DE CHASSE » À LA QUESTION DU DÉPISTAGE</i>	82
<i>PROBLÈMES NEUROLOGIQUES ET COCAÏNE</i>	85
Les accidents vasculaires de la sphère cérébrale caractérisés à l'hôpital	85
Caractériser un problème vasculaire cérébral lié à la cocaïne	86
Crises convulsives et cocaïne	88
<i>TRAUMATOLOGIE : VIOLENCE ET ACCIDENT</i>	89
Violence et cocaïne	89
Pertes de contrôle, accidents, violences et traumatologies	91
<i>CONSÉQUENCES DES MODES D'ADMINISTRATION</i>	92
Infections locorégionales liées à l'injection de cocaïne	92
Les pathologies pulmonaires ou ORL liées à la consommation de cocaïne base fumée	93
Problèmes liés à l'usage de la voie nasale	94
<i>AUTRES PATHOLOGIES EN LIEN À L'USAGE DE COCAÏNE</i>	95
Pathologies pulmonaires	96
Pathologies infectieuses	97
Des pieds et des mains, pathologies de la précarité et du crack	97
Diabète et troubles de la sphère digestive à la Martinique	98
<i>COCAÏNE ET PÉRINATALITÉ</i>	99
Observation des acteurs spécialisés en addictologie	99
La consommation de cocaïne durant la grossesse, un problème redouté, mais rarement identifié	101
<i>PROBLÈMES SOCIAUX LIÉS À L'USAGE</i>	103

Problèmes familiaux, sociaux et judiciaires	103
Crack, une forme de prostitution particulière ?	105
<b>DISCUSSION</b>	<b>106</b>
La polyconsommation, un facteur masquant de la caractérisation des problèmes en lien avec l'usage de cocaïne	106
Dépistages insuffisants et sous estimation	108
L'association crack et précarité comme facteur occultant des dommages sociaux et périnataux	108
La prostitution chez les usagers de crack n'est pas que féminine	109
Médecine de ville et difficultés à caractériser les problèmes en lien à l'usage de cocaïne	109
<b>COMMENT LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CARACTÉRISENT-ILS LES PROBLÈMES RENCONTRÉS PAR LES USAGERS DE COCAÏNE ET DE CRACK QU'ILS CÔTOIENT ? POINTS CLÉS DE L'ENQUÊTE :</b>	<b>110</b>
<b>QUELS TYPES D'INTERVENTION ET DE SUIVIS SONT MIS EN ŒUVRE À LEUR ENDROIT ?</b>	<b>112</b>
<b>TRAITEMENTS NON SPÉCIFIQUES DES PROBLÈMES D'ADDICTION À LA COCAÏNE</b>	<b>112</b>
Traiter les conséquences psychiatriques de l'usage nocif	113
Traiter les pathologies psychiatriques dans leurs intrications à l'usage de cocaïne	114
Traiter les conséquences somatiques de l'usage nocif de cocaïne	116
<b>APPROCHES SPÉCIFIQUES DES PROBLÈMES D'ADDICTION À LA COCAÏNE</b>	<b>116</b>
Accompagner l'arrêt de la consommation	117
Utilisation expérimentale de médicaments dans le traitement des problèmes addictifs	117
Psychothérapies cognitives et comportementales	120
Acupuncture	121
<b>RÉDUCTION DES DOMMAGES ET ACCÈS AUX SOINS</b>	<b>122</b>
Un espace-temps de pause	123
Cocaïne et réduction des dommages	124
Les soins dispensés par les structures de première ligne	125
Réponses sociales des dispositifs de première ligne	125
Favoriser l'accès aux soins	126
Des relais vers le soin spécialisé en addictologie	128
<b>DISCUSSION</b>	<b>129</b>
<b>QUELS TYPES D'INTERVENTION ET DE SUIVIS SONT MIS EN ŒUVRE À LEUR ENDROIT ?</b>	
<b>POINTS CLÉS DE L'ENQUÊTE :</b>	<b>133</b>

<b>QUELS SONT LES RÉFÉRENTS DE CONNAISSANCES QUI STRUCTURENT LES REPRÉSENTATIONS ET LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS SOLLICITÉS ?</b>	<b>134</b>
REPRÉSENTATIONS ET CROYANCES CONCERNANT LES USAGERS	134
Représentations concernant les consommateurs de cocaïne chez les acteurs non spécialisés	134
Le polytoxicomane et le cocaïnomane, deux figures qui structurent le champ des représentations et des croyances	136
Le crackeur : un avatar exotique du toxicomane	138
CROYANCES ET REPRÉSENTATIONS SUR LES USAGES	139
Cocaïne, free base et crack : identité et différences	139
Connaissances sur les modes d'administration	140
RÉFÉRENTS DE CONNAISSANCES SUR LES PROBLÈMES LIÉS À L'USAGE	141
Compulsion et dépendance : « le craving n'est pas le manque »	141
Dépendance et addiction : phénoménologie de la cocaïne et positions des acteurs	143
Connaissances sur les problèmes liés aux modes d'administration	145
Connaissances des problèmes somatiques chez les acteurs spécialisés en addictologie	146
CROYANCES ET REPRÉSENTATIONS QUI STRUCTURENT LES PRATIQUES	146
Objectifs des réponses proposées en matière d'addiction à la cocaïne	147
La place des séjours de « rupture/éloignement »	150
Les approches psychoéducatives et psychothérapeutiques	152
Des connaissances sur les médicaments structurées par la position de l'acteur	154
Les opiacés : un modèle implicite pour penser les réponses moléculaires ?	155
L'acupuncture controversée	157
DISCUSSION	158
QUELS SONT LES RÉFÉRENTS DE CONNAISSANCES QUI STRUCTURENT LES REPRÉSENTATIONS ET LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS SOLLICITÉS ?	
POINTS CLÉS DE L'ENQUÊTE :	159
<b>QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS QU'ILS RENCONTRENT DANS LES INTERVENTIONS MENÉES AUPRÈS DES USAGERS ?</b>	<b>161</b>
DIFFICULTÉS RELATIVES À L'ACCUEIL DE PATIENTS CONSOMMANT DE LA COCAÏNE BASE OU CHLORHYDRATE	161

<i>DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LA PRISE EN CHARGE OU L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS</i>	163
De la difficulté de prendre en charges des patients présentant des problématiques multiples	163
L'absence de demande : une difficulté pour les soignants	165
Le manque de continuité dans les prises en charge en réseau	166
<i>DIFFICULTÉS POUR ORIENTER LES PATIENTS VERS DES SERVICES OU ÉTABLISSEMENTS DES SECTEURS SANITAIRES OU SOCIAUX</i>	167
Orienter des patients difficiles	167
Où orienter pour les problèmes de dépendance à la cocaïne ?	169
<i>DISCUSSION</i>	171
À propos de la possibilité d'hospitaliser des cocaïnomanes pris dans des consommations compulsives et intensives	171
<i>QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS QU'ILS RENCONTRENT DANS LES INTERVENTIONS MENÉES AUPRÈS DES USAGERS ? POINTS CLÉS DE L'ENQUÊTE :</i>	172
<b>COMMENT LES USAGERS EN DEMANDE DE SOINS DÉFINISSENT-ILS LES PROBLÈMES À L'ORIGINE DE LEUR DEMANDE ?</b>	<b>174</b>
<i>POUR QUELS PROBLÈMES LES USAGERS ONT-ILS DEMANDÉ DES SOINS SPÉCIALISÉS ?</i>	174
<i>PERCEPTIONS DES USAGERS SUR LES PROBLÈMES D'ORDRE PSYCHIATRIQUE INDUITS PAR LA COCAÏNE</i>	177
<i>DIFFÉRENTS PROBLÈMES SOMATIQUES DÉCRITS PAR LES USAGERS</i>	179
Surdosages et problèmes cardiaques	179
Accidents cérébraux vasculaires chez des usagers présentant une anomalie cardiaque	181
Convulsions et surdosages de cocaïne	182
Cocaïne base fumée et problèmes pulmonaires	183
Complications liées à l'injection de cocaïne	184
Infection de la muqueuse nasale	184
Troubles digestifs et cocaïne	185
Violence et accidents	186
Des pieds qui s'abîment	187
<i>CONSÉQUENCES SOCIALES DE L'USAGE</i>	189
Le coût élevé de la consommation de cocaïne	189
Trouver des alternatives : vendre de la cocaïne	190
La prostitution, une autre alternative à risques	192

<i>LOGIQUES DU NON RECOURS AUX DISPOSITIFS DE SOINS</i>	193
<i>Ne pas recourir aux dispositifs spécialisés</i>	193
<i>Gérer les conséquences de l'abus d'usage, en dehors des dispositifs</i>	196
<i>Cocaïne et compulsion, lieu de vie, rupture et alternance</i>	198
<i>Identité sociale : errance et ghetto comme façon de vivre et manière d'être</i>	199
<i>DISCUSSION</i>	201
<i>La cocaïne en France renouvelle la toxicomanie comme phénomène social</i>	201
<i>COMMENT LES USAGERS EN DEMANDE DE SOINS DÉFINISSENT-ILS LES PROBLÈMES À L'ORIGINE DE LEUR DEMANDE ? POINTS CLÉS DE L'ENQUÊTE :</i>	201

## **DU POINT DE VUE DES USAGERS QUELS SONT LES BESOINS QUI NE SONT PAS COUVERTS PAR L'OFFRE DE SOIN ? 203**

<i>BESOINS LIÉS À LA RÉDUCTION DES RISQUES</i>	203
<i>RÉPONSES AUX ÉPISODES COMPULSIFS</i>	204
<i>UNE SUBSTITUTION POUR LA COCAÏNE</i>	205
<i>DU POINT DE VUE DES USAGERS QUELS SONT LES BESOINS QUI NE SONT PAS COUVERTS PAR L'OFFRE DE SOIN ? POINTS CLÉS DE L'ENQUÊTE :</i>	206

## **QUELLES DIFFICULTÉS RENCONTRENT-ILS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SOLLICITÉS ? 207**

<i>PARLER DES PROBLÈMES DE COCAÏNE NE VA PAS DE SOI</i>	207
<i>LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS NE FACILITENT PAS TOUJOURS LA PAROLE SUR LES CONSOMMATIONS DE COCAÏNE</i>	208
<i>MÉDECIN GÉNÉRALISTE — USAGER DE DROGUES : UNE RELATION COMPLEXE QUI PEUT FAIRE OBSTACLE AU DIALOGUE SUR LA COCAÏNE</i>	209
<i>MÉCONNAISSANCE, INCOMPRÉHENSION ET FATALISME</i>	210
<i>QUELLES DIFFICULTÉS RENCONTRENT-ILS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SOLLICITÉS ? POINTS CLÉS DE L'ENQUÊTE :</i>	211

<b>CONCLUSION</b>	<b>213</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>214</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>232</b>
<i>Annexe 1 : Guide d'entretien des acteurs de santé</i>	232
<i>Annexe 2 : Guide d'entretien pour les usagers</i>	238

## **CONTRIBUTIONS**

### **RESPONSABILITÉ SCIENTIFIQUE**

Serge Escots

### **RÉDACTEURS DU RAPPORT**

Serge Escots

Guillaume Sudérie

### **ÉQUIPE DE RECHERCHE**

Serge Escots (Paris, Toulouse, La Martinique),

Guillaume Sudérie (Paris, Toulouse)

Françoise Cayla (ORSMIP),

Sylvie Merle (OSM),

Georges Fahet (ORSMIP)

### **GESTION, SECRÉTARIAT**

Anne Bertrand (ORSMIP), Elisabeth Suteau (Toulouse)

### **DOCUMENTATION**

Isabelle Michot (OFDT)

### **RÉALISATION DES ENTRETIENS**

Site Paris : Serge Escots, Jimmy Kempfer, Sandrine Fournier, Vincent Benso

Site Toulouse : Guillaume Sudérie, Serge Escots, Sandrine Fournier, Mathieu Rivière

Site de la Martinique : Sylvie Merle, Claude Fitte-Duval, Serge Escots

### **COMITÉ DE PILOTAGE**

France Lert puis Ruth Gozlan (MILDT), Emmanuel Langlois (Université Victor Segalen-Bordeaux 2), Nicolas Prisse (DGS), Tiphaine Canarelli (OFDT), Maïtena Milhet (OFDT)

### **REMERCIEMENTS**

Aux professionnels et usagers dont nous préservons l'anonymat, qui ont pris le temps de nous répondre et permis à cette étude d'exister...

## SYNTHÈSE

### CONTEXTE, PROBLÉMATIQUE ET MÉTHODOLOGIE

L'accroissement de la disponibilité de la cocaïne et l'augmentation de la diffusion de son usage sous différentes formes, laissent supposer l'apparition de problèmes sanitaires et sociaux en lien avec sa consommation. Différentes études menées notamment en Amérique du Nord, mettent en évidence de nombreuses conséquences sur les plans : addictologique, psychiatrique, somatique, périnatal et social. Qu'en est-il aujourd'hui en France ? Quelle incidence l'augmentation de la consommation de cocaïne a-t-elle pour les acteurs sanitaires, en termes de problèmes observés, de demandes qui leur sont adressées et de réponses mises en œuvre ? Qu'observe-t-on comme problèmes somatiques ou psychiques en lien avec l'usage de cocaïne ? Pour quels profils de consommateurs et pour quels types de consommations ? Quelles demandes les usagers adressent-ils aux dispositifs ? Quelles réponses leur propose-t-on ? Quelles difficultés usagers et acteurs rencontrent-ils dans les réponses mises en œuvre ?

L'enquête « *usages problématiques de cocaïne/crack, quelles interventions pour quelles demandes ?* », est une étude qualitative exploratoire menée en 2007/2008 à Paris, en Martinique et à Toulouse auprès de deux populations sources : des acteurs du champ sanitaire et des consommateurs de cocaïne sous forme chlorhydrate ou base ayant rencontré un problème qu'ils pensent en lien avec l'usage de ce produit.

Pour cette étude, ont été réalisés : 93 entretiens individuels et 14 groupes focaux auprès de professionnels intervenant à l'hôpital ou en ville, des secteurs public ou privé. Ont été interrogés : des médecins, psychologues ou travailleurs sociaux intervenant en addictologie, psychiatrie ou dans des disciplines concernées par les conséquences somatiques ou périnatales de l'usage de la cocaïne, comme les urgences, la cardiologie ou la neurologie entre autres. Puis s'ajou-

tent 37 entretiens menés auprès d'usagers. C'est donc sur plus de 144 sources différentes et un examen de la littérature que repose cette étude.

L'analyse et la présentation du rapport s'organisent autour de 8 questions définies par un comité de pilotage.

## **RÉSULTATS ET ANALYSE DES QUESTIONS ÉVALUATIVES DU COMITÉ DE PILOTAGE**

### **1. Qu'en est-il des demandes de soins liées à un usage de cocaïne effectivement rencontrées par une pluralité de professionnels de santé ?**

En matière de soin en addictologie, le niveau de demande reste globalement peu élevé<sup>1</sup> et stable<sup>2</sup> sur la plupart des dispositifs, en dehors de ceux qui ont visibilisé une offre spécifique, qui eux, voient leurs demandes augmenter. Les usagers se présentent presque toujours en situation de « crise », à des moments où les problématiques d'usages ont déjà déployé leurs conséquences sur le plan sanitaire et social. Plusieurs hypothèses combinables peuvent expliquer cette situation : les usagers ne perçoivent pas d'emblée la cocaïne comme un problème ; l'absence de « dépendance physique » et l'image positive de la cocaïne chez ses consommateurs ne facilitent pas la prise de conscience ; la croyance qu'il n'existe pas de réponses pour les problèmes de cocaïne et que le dispositif est « fait » pour les toxicomanes aux opiacés ; enfin, la durée de latence entre le début d'une consommation et le niveau suffisant de problèmes pour constituer une demande, mise en perspective avec le moment où les observateurs ont repéré le début de l'augmentation de la diffusion de la cocaïne en France, pourrait expliquer pourquoi le nombre de demandes reste encore globalement faible tout en augmentant localement dans les zones d'offres identifiables.

Pour ce qui concerne les problèmes somatiques, il y a peu de demandes liées à un usage cocaïne en dehors de situations cliniques où c'est le caractère d'urgence qui la remplace. Sont rencontrées quelques demandes d'information ou de réassurance après un épisode de consommation qui a induit quelques symptômes, et des problèmes liés aux modes d'administration – souvent l'injection dont les problèmes s'amalgament avec ceux liés à la buprénorphine injectée. D'autres problèmes liés à l'inhalation à chaud ou à la voie nasale sont décrits par les professionnels, mais peu par ceux qui ont à les traiter.

La symptomatologie psychiatrique à l'origine de certaines demandes est-elle le résultat de l'abus d'usage, de la dépendance ou d'un trouble antérieur à la consommation ? Ce questionnement, très présent chez les psychiatres, organise la perception des motifs des demandes liées à la cocaïne qui leur sont adressées. Mais ici aussi, une tonalité de crise, qui fait suite à des épisodes de consom-

mation intenses et compulsifs, sature le contexte de l'essentiel des demandes que la psychiatrie publique ou privée accueille ; à tel point que lorsque c'est la cocaïne qui est le facteur majeur mis en avant par le patient demandeur, il est difficile de les distinguer de celles qui s'adressent en addictologie. En revanche, les demandes portant plus généralement sur des troubles dépressifs ou bipolaires – plus rarement sur des schizophrénies (population en général de consommateurs de crack plus précarisés) – sont l'occasion pour les cliniciens d'identifier des usages de cocaïne/crack qui aggravent ces pathologies.

La périnatalité est un champ qui s'accommode mal de l'usage de cocaïne, parce que les pathologies sont nombreuses et sévères pour la mère et l'enfant et parce que, contrairement à l'héroïne, on ne dispose pas de traitements substitutifs. Quelques demandes en amont de la grossesse de femmes consommatrices qui envisagent d'arrêter pour protéger leur futur bébé sont rapportées par les praticiens. On observe enfin des demandes d'aides sociales chez des femmes consommatrices de crack en grande précarité qui ont conduit leur grossesse à terme. Ce type de situations aboutit, malgré les demandes d'accompagnement, à des mesures de placement de l'enfant dans la plupart des cas.

## **2. Comment les professionnels de santé caractérisent-ils les problèmes rencontrés par les usagers de cocaïne et de crack qu'ils côtoient ?**

Si le rapport prend le temps de détailler le point de vue de chaque catégorie d'acteurs interrogés, nous regrouperons ici de façon transversale les problèmes qu'ils caractérisent.

Tous les acteurs caractérisent plus ou moins selon leur poste d'observation, des problèmes d'usages nocifs (Parquet 1998), d'addiction (Goodman 1990) et de toxicomanie (Ogien 1995 et Castel 1998). Les troubles psychiatriques occupent une part importante des problèmes caractérisés, et parmi les problèmes somatiques, les troubles cardiovasculaires et vasculaires cérébraux, la traumatologie et les problèmes liés aux modes d'administration sont mentionnés avec des variations significatives dans l'importance que les acteurs leur accordent selon qu'ils sont, « spécialistes du secteur de l'addictologie »<sup>1</sup>, urgentiste, médecin généraliste, psychiatre ou cardiologue par exemple. D'une part des troubles transitoires, de l'humeur, anxiété, syndrome dépressif, hallucination, induits par des usages intensifs ou réguliers, et d'autre part des aggravations de pathologies préexistantes à l'usage comme les troubles bipolaires ou la schizophrénie, sont décrits par les acteurs du champ psychiatrique. Sur le plan somatique, ont été directement rapportés par les professionnels et les usagers

---

1. Nous incluons dans ce champ les CSST/CCAA/CSAPA, Service hospitalier d'addictologie, ECIMUD, CAARUD, conscients que ce regroupement, fondé sur une logique politico-institutionnelle, recouvre des disparités socio-historiques déterminantes pour les représentations, les croyances et les pratiques qui sont analysées dans l'étude.

interrogés : de l'hypertension, des accidents cardiovasculaires et vasculaires cérébraux, des infarctus, des troubles convulsifs, des cas de pneumothorax<sup>2</sup>, de rhabdomyolyse<sup>3</sup> ; ainsi que des blessures accidentelles ou liées à la violence ; des problèmes locorégionaux liés aux modes d'administration, comme des infections ou des perforations de la cloison nasale, des abcès et atteintes au niveau veineux dûs aux injections, et 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, et enfin des problèmes dermatologiques aux pieds et aux mains chez les fumeurs de crack. La consommation compulsive et intensive de cocaïne génère des conséquences dommageables sur le plan familial, social et professionnel, par les coûts importants qu'elle induit. Vol, deal, escroquerie, prostitution, endettement, découvert bancaire, dilapidation de patrimoine, sont des recours que certains consommateurs selon leurs niveaux de ressources et de consommation 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, les usages compulsifs des mères comme facteurs de discontinuité des liens, préjudiciables aux conditions de développement des enfants.

### **3. Quels types d'intervention et de suivis sont mis en œuvre à leur endroit ?**

Les professionnels de santé « non spécialisés » n'ont pas véritablement d'intervention spécifique quant aux traitements qu'ils mettent en œuvre pour des conséquences d'usages. Un infarctus, un accident vasculaire cérébral, ou un trouble psychiatrique transitoire induit, se traitent fondamentalement selon des modalités indifférentes à leurs facteurs étiologiques. Se posent néanmoins les questions de dépistage et d'orientation des problèmes addictifs sous-jacents. Questions encore très inégalement traitées selon les disciplines, les contextes d'interventions et les profils de consommateurs. Ainsi, des usages addictifs ne sont pas identifiés lors de rencontres entre acteurs de santé et usagers à l'occasion d'usages nocifs.

Les « acteurs spécialisés » déploient, selon leur identité professionnelle, des stratégies différentes quant aux problèmes d'addiction ou de toxicomanie à la cocaïne chlorhydrate ou base. En l'absence de consensus sur des modalités particulières de prise en charge, la plupart des acteurs répondent de façon non spécifique aux problèmes de cocaïne. Un sous-groupe d'acteurs, peu nomb-

2. Épanchement d'air dans la cavité pleurale.

3. Destruction massive et aiguë du tissu musculaire.

reux, développe des approches thérapeutiques plus spécifiques à la phénoménologie de l'addiction cocaïnique. Quelques praticiens expérimentent, sur des modes plus ou moins empiriques, des traitements pharmacologiques qui ciblent les problèmes addictologiques. D'autres, en l'attente de recommandations, utilisent pour l'instant des molécules plus « classiques » dans des intentions plus symptomatiques. Finalement, la cocaïne apparaît autant comme une possibilité de poursuite des transformations du dispositif de soin engagées au milieu des années 90, qu'une opportunité pour les acteurs de modifier leurs positions stratégiques dans le champ institutionnel.

#### **4. Quels sont les référents de connaissances qui structurent les représentations et les pratiques des professionnels sollicités ?**

En ce qui concerne les consommateurs de cocaïne, globalement, deux grandes catégories sociales polarisent le champ des représentations des professionnels : les classes sociales très à l'aise sur le plan socio-économique et la précarité sociale du crackeur ou du toxicomane. Cette bipolarisation occulte une part importante des consommateurs socialement insérés qui connaissent des usages problématiques.

Différences et équivalences entre cocaïne, crack et free base ne sont pas encore clairement établies chez bon nombre d'acteurs rencontrés. Et 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 et les croyances sont surdéterminées par un modèle organisé par des connaissances sur les opiacés et centré sur la notion de dépendance physique. Ces référentiels de connaissances inappropriés pour la cocaïne influencent les pratiques et sont sources de malentendus dans la rencontre avec les usagers. Pour le champ spécialisé, l'évolution des croyances depuis le changement de paradigme du dispositif de soins français (Coppel, Bergeron) trouve à s'approfondir avec la cocaïne, au travers des notions de dépendance, d'addiction ou de toxicomanie. La cocaïne réinterroge les croyances : sur l'efficacité des approches thérapeutiques d'inspiration psychanalytique ou cognitivo-comportementales, ou sur les stratégies pharmacologiques entre substitution monothérapeutique ou prescription différentielle selon des profils d'usagers, ou sur la pertinence du modèle cure/postcure, ou encore sur l'intérêt d'introduire des approches alternatives comme l'acupuncture, la sophrologie, la relaxation...

#### **5. Quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent dans les interventions menées auprès des usagers ?**

Durant la décennie précédente, l'accueil des toxicomanes à l'hôpital a déjà fait l'objet de mesures des pouvoirs publics pour favoriser l'accès aux soins. On

retrouve avec les usagers précarisés consommateurs de cocaïne, souvent poly-toxicomanes, le même type de difficultés. Problèmes de comportement du côté des usagers, et cadres et représentations inappropriés du côté des professionnels, compromettent parfois l'accès aux soins. Et la prise en charge de patients présentant de multiples problématiques, addictive, somatique, psychiatrique et sociale, rend leur accompagnement particulièrement difficile. Les acteurs, d'ailleurs, disent avoir des difficultés pour orienter ce public. Paradoxalement, des consommateurs qui ont une activité professionnelle importante comme c'est le cas pour une partie des usages problématiques ont aussi des difficultés pour dégager des temps afin de pouvoir se soigner.

Enfin, la compulsivité modifie sans cesse la hiérarchie des besoins chez l'usager remettant constamment en cause la continuité des projets de soins. Les répétitions séquentielles de consommations intensives donnent parfois au soignant l'impression d'impuissance face à un processus apparemment interminable. Cette situation implique de resserrer d'autant plus les collaborations au sein des réseaux de prise en charge pour maintenir de la continuité dans les processus de soins. Ce qui n'est pas toujours le cas lorsque les institutions fragilisées sont plutôt dans des rapports de concurrence.

## **6. Comment les usagers en demande de soins définissent-ils les problèmes à l'origine de leur demande ?**

En dehors de la Martinique et de certaines structures implantées dans des zones de diffusion de crack à Paris, les prescriptions de traitements de substitution aux opiacés interfèrent souvent dans les demandes de soins de nombreux usagers problématiques de cocaïne. 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 qui ont visibilisé une offre spécifique pour les problèmes de cocaïne. Mais pour le public polytoxicomane qui s'adresse aux dispositifs de soins « traditionnels » en toxicomanie, les problèmes de cocaïne peuvent se trouver masqués par les prescriptions d'opiacés.

Les principaux problèmes mis en exergue par les usagers concernent les épisodes de consommation intensive et compulsive avec leur cortège de conséquences sur le 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, la compulsion accomplit les dégâts dont se plaignent le plus les usagers.

En revanche, les problèmes somatiques ne donnent pas forcément lieu à des demandes de soin même dans des situations dont la gravité a induit des interventions sanitaires en urgence.

Les usagers mettent en place des stratégies pour faire face à la compulsivité 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. Pour les usagers très favorisés sur le plan économique, le coût des consommations n'est pas immédiatement un problème et l'accès à des solutions de rupture avec le produit lorsque cela devient indispensable non plus. Pour les autres usagers, stratégies délinquantes et aménagement du mode de vie en alternant des moments d'exposition au produit et des phases de retrait en utilisant les ressources disponibles dans la famille, l'entourage ou les dispositifs institutionnels, permettent de « gérer » un certain temps. Mais, au travers de ces formes de vie d'errance, l'utilisateur très précarisé de cocaïne base (crack) est en train de renouveler la figure du toxicomane.

### **7. Du point de vue des usagers quels sont les besoins qui ne sont pas couverts par l'offre de soin ?**

Dans la configuration actuelle du champ où le schéma opiacé structure les représentations et les croyances sur ce qu'est un problème de toxicomanie, et où un modèle de traitement est inexistant pour la cocaïne, il est difficile aux usagers de penser à des besoins non couverts. Toutefois, des endroits pour pouvoir « s'extraire » rapidement de l'exposition au produit lorsque l'utilisateur est débordé par ses consommations, ou des traitements pharmacologiques qui permettraient de calmer la dimension compulsive, seraient des réponses aux principaux problèmes qu'ils rencontrent.

### **8. Quelles difficultés rencontrent-ils avec les professionnels de santé sollicités ?**

L'analyse de l'ensemble du matériel recueilli chez les acteurs et les usagers, fait apparaître de façon constante cette difficulté fréquente à parler de façon précise des problèmes de cocaïne entre patient et soignant. Cette difficulté à échanger sur les problèmes liés à la cocaïne résulte de nombreux facteurs décrits dans l'étude, qui relèvent autant des croyances des usagers que des représentations des acteurs. L'amélioration des connaissances chez les acteurs, des phénomènes liés à l'usage et des problèmes spécifiques de la cocaïne, et la visibilité des dispositifs comme des lieux de réponses possibles aux problèmes des usagers de cocaïne, sont deux conditions susceptibles d'ouvrir un dialogue préalable à une rencontre, première étape d'une démarche de soin.

1. Palle, C., Vaissade, L., Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP, Tendances, 2007, n°54, 6 p.

2. Palle, C., Lemieux, C., Prisse, N., Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en 2005, 2007, Saint-Denis, OFDT/DGS, à paraître.

# INTRODUCTION

## **CONTEXTES, PROBLÉMATIQUES, OBJECTIFS, MÉTHODE ET DESCRIPTION DU CORPUS**

### **Disponibilité et niveaux de consommation de la cocaïne en hausse**

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 aux usagers de drogues. En effet, la consommation de cocaïne n'a jamais été considérée comme un problème de santé publique tant sa diffusion semblait supplantée par celle des opiacés.

Or, la disponibilité de la cocaïne s'est considérablement élargie ces 15 dernières années. Le nombre de saisies de cocaïne a augmenté, reflétant probablement autant une attention des services répressifs que l'activité des trafiquants. Toutefois, il n'est pas déraisonnable de faire l'hypothèse que cette augmentation reflète pour partie aussi la tendance à l'accroissement de sa disponibilité. Sur cette période, les quantités saisies se sont multipliées par 16. Par ailleurs, la plupart des observateurs corroborent l'hypothèse d'une disponibilité de la cocaïne toujours plus grande sur les sites d'observation TREND entre 2000 et 2006<sup>1</sup>.

Les seuls chiffres dont nous disposons pour mesurer si cette disponibilité est corrélée à une plus grande consommation répondent par l'affirmative : hausse des expérimentations à 17 ans passant de 0,9 à 2,5 % entre 2000 et 2005 ; multiplication par trois du nombre d'expérimentateurs chez les 15-34 ans entre 1995 et 2005. Le niveau d'expérimentation de la cocaïne, multiplié par trois, laisse supposer mécaniquement une augmentation du nombre de consommateurs de façon générale ; hypothèse vérifiée au travers de la multiplication par deux du nombre de personnes de 15-34 ans déclarant avoir consommé de la cocaïne au cours de l'année entre 1995 et 2005.<sup>2</sup>

Plus de cocaïne disponible, plus d'adolescents qui l'expérimentent, plus d'adultes qui en consomment, il est logique de s'interroger pour savoir si cette évolution trouve une correspondance dans les problèmes que ce psychotrope est susceptible d'induire.

### **L'usage de cocaïne n'est pas sans risques sur le plan sanitaire et social**

La lecture de la littérature internationale apprend que différentes études ont permis d'identifier plusieurs types de problèmes avec la cocaïne, selon la fréquence et l'intensité des consommations, les modalités d'administration, la présence ou non de troubles psychiatriques antérieurs, les conditions sociales du consommateur et les contextes de consommation. Sont principalement notés : des risques de dépendances et d'addiction qui peuvent, dans certains contextes de précarité, entraîner des problèmes de toxicomanies et induire ou aggraver des pathologies spécifiques à des contextes sociaux précaires ; des comorbidités psychiatriques sous formes d'aggravation de troubles existants ou par induction de troubles transitoires, dont le caractère aigu peut être à lui seul source d'autres problèmes sociaux ou sanitaires ; des problèmes vasculaires (cardio ou neuro) qui s'étendent à la femme enceinte et au fœtus, des pathologies cardiaques et neurologiques.

En dehors des conditions de vie très précaires, cet ensemble de problèmes (dépendances, troubles psychiatriques et somatiques) est commun à tous les usagers quelles que soient leurs conditions sociales et les voies d'administration qu'ils utilisent.

À cela, il faut ajouter des pathologies spécifiquement causées par les modes d'administration : lésions et infections liées à la voie nasale, l'inhalation à chaud et l'injection. Toujours selon la littérature scientifique, les risques sanitaires et sociaux liés à la consommation de cocaïne peuvent, dans certains cas, s'avérer sévères ou graves, voire mortels.

Ces faits ne correspondent pas aux représentations et croyances qui structurent l'image de la cocaïne chez une grande partie de ses consommateurs. Et si 85 % des répondants d'une enquête en population générale associent cocaïne à « *dangers immédiats* »<sup>3</sup>, dans les espaces de consommation, « *le chlorhydrate de cocaïne garde l'image d'une consommation, des milieux « branchés », facile à gérer, associée à un certain niveau de réussite sociale, notamment chez les consommateurs festifs.* »<sup>4</sup> Le crack, à l'opposé concentre à lui seul, tous les maux de la cocaïne, au point d'ailleurs, d'apparaître dans la représentation sociale comme un produit distinct de la cocaïne.

D'autre part, en France, en dehors des lieux concentrant une population de consommateurs de crack, peu de problèmes liés à la cocaïne sont mentionnés dans des comptes rendus scientifiques. De ces publications, il ressort l'importance de la violence entre les personnes, des troubles psychiatriques plus ou

moins sévères, le maintien d'une prévalence du VHC<sup>1</sup> préoccupante et des problèmes de dépendance, d'addiction et de toxicomanie majeurs.

Cet ensemble de constats et de questions forme une problématique qui s'organise autour des questions suivantes : « *quelle incidence l'augmentation de la consommation de cocaïne a-t-elle pour les acteurs sanitaires, en termes de problèmes observés, de demandes qui leur sont adressées et de réponses mises en œuvre ?* »

Si pour les dispositifs spécialisés de soins aux toxicomanes on dispose de chiffres permettant de mesurer l'évolution parallèle des demandes de soins en lien avec la cocaïne au travers des rapports d'activité analysés par l'OFDT, nous ne disposons pas de documentation équivalente pour les autres pathologies. En effet, il n'existe pas d'enquête épidémiologique qui permettrait de corrélér de façon systématique ou ponctuelle des problèmes somatiques avec des consommations de cocaïne. C'est aussi le cas pour la mortalité, probablement sous-évaluée du fait de l'absence d'autopsie dans les cas de mort subite. Quoi qu'il en soit, les overdoses imputées à la cocaïne et déclarées par l'OCRTIS<sup>5</sup> sont d'un niveau faible et restent étonnamment stables sur ces quinze dernières années.

Dans cette configuration, une investigation exploratoire de type qualitative auprès de professionnels de santé et d'usagers est une façon possible d'éclairer cette problématique.

## OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

Dans sa globalité, l'enquête vise à décrire les problèmes rencontrés par les usagers de cocaïne et à les mettre en perspective avec les réponses que les professionnels de soins mettent en œuvre. Elle s'intéresse particulièrement à la perception d'usagers pensant avoir eu un problème en lien avec l'usage de cocaïne et d'acteurs de santé plus spécifiquement au contact d'usagers ayant rencontré des problèmes. Qu'observe-t-on comme problèmes somatiques, psychiques ou sociaux, en lien avec l'usage de cocaïne aujourd'hui en France ? Pour quels profils de consommateurs et pour quels types de consommations ? Quelles demandes les usagers adressent-ils aux dispositifs ? Quelles réponses leur propose-t-on ? Quelles difficultés rencontrent usagers et acteurs dans les réponses mises en œuvre ?

Il s'agit d'une étude exploratoire qualitative dont la finalité est de dresser d'une part un inventaire des problèmes sanitaires et sociaux en lien avec l'usage de cocaïne, à partir des descriptions que les acteurs et les usagers en font, et d'autre part de décrire et comprendre comment les dispositifs, spécialisés ou non, y répondent. Son intérêt est de mettre à jour les perceptions des problèmes et des réponses au moment même de l'émergence d'une diffusion large de la cocaïne en France.

1. Virus de l'Hépatite C.

Autrement dit, cette investigation veut recenser les problèmes sanitaires et sociaux observés ou vécus, liés à des usages nocifs ou des abus d'usage, des addictions ou des toxicomanies à la cocaïne.

L'enquête interrogera la question de l'accès aux soins des consommateurs de cocaïne pour les différentes étiopathologies caractéristiques, en prenant en compte son potentiel addictif spécifique et en analysant chez les acteurs de santé et les consommateurs les représentations et croyances particulières attachées au produit, aux problèmes sanitaires et sociaux qu'il est susceptible d'inclure et aux réponses existantes.

## MÉTHODOLOGIE

Cette étude ne prétend pas rendre compte de façon exhaustive des problèmes, ni travailler à partir d'un échantillon représentatif des usagers et des acteurs. Elle vise à réaliser un premier état des lieux de la question. Elle a été réalisée en plusieurs phases. Une première phase préparatoire qui a combiné un examen de la littérature avec une pré-enquête auprès d'acteurs de santé et d'usagers identifiés comme susceptibles, par leur proximité avec les questions de l'étude de documenter la problématique pour l'affiner ; puis par la méthode dite « boule-de-neige » d'identifier des sources à interroger pour constituer le corpus de l'enquête. En ce qui concerne, le choix des différents acteurs sanitaires, nous avons privilégié ceux que la pré-enquête nous indiquait comme susceptibles d'observer des problèmes. Au terme de cette phase, des outils de recueil (trames d'entretiens) et la définition d'un ensemble de sources composé d'une typologie d'acteurs de santé et d'usagers cibles a été validée par le comité de pilotage.

La seconde phase a consisté, à l'aide des outils validés, à réaliser un corpus à partir principalement d'entretiens compréhensifs<sup>6</sup> semi-directifs auprès d'acteurs de santé et d'usagers, de quelques groupes focaux d'acteurs de santé, lorsque cela a semblé utile et d'observations ethnographiques.

L'enquête s'est réalisée sur trois sites : Paris, Toulouse et la Martinique. Il s'agit de trois situations paradigmatiques, spécifiques, contrastées et complémentaires. En effet, Paris connaît une situation de diffusion et de consommation ancienne et hétérogène de cocaïne chlorhydrate, de crack et de free base<sup>2</sup>. Toulouse, par sa proximité avec l'Espagne et son espace festif et urbain connaît des usages spécifiques des formes chlorhydrate et base. Enfin, la Martinique connaît une situation particulière en France en ce qui concerne la consommation de crack.<sup>3</sup>

2. Termes utilisés ici dans leur terminologie d'usage social.

3. Voir les parties consacrées à la cocaïne et crack/free base dans les rapports locaux des sites TREND, Paris, Île-de-France, Toulouse (de 2002 à 2007) et Martinique (2002, 2003, 2004), pour comparaison des autres sites de province, on peut se rapporter aux rapports de Bordeaux, Lille, Metz, Rennes, Marseille sur les mêmes périodes.

Sur ces trois sites, dans la mesure du possible, nous avons interrogé la même typologie d'acteurs de santé et d'usagers.

Le corpus comprend du matériel recueilli auprès :

- De professionnels « spécialisés » intervenant en : CSST<sup>4</sup>, services d'addictologie<sup>5</sup>, équipes de liaison<sup>6</sup>, dispositifs de première ligne
- De professionnels « non spécialisés »<sup>7</sup> intervenant en : psychiatrie, urgences, cardiologie, neurologie, maternité/obstétrique, ORL, pneumologie, maladies infectieuses des secteurs public et privé
- De médecins généralistes de réseaux ville hôpital
- D'usagers de cocaïne chlorhydrate ou base<sup>8</sup> ayant de leur point de vue rencontré un problème (au moins) sanitaire ou social en lien avec l'usage nocif, la dépendance, l'addiction et/ou la toxicomanie<sup>9</sup> à la cocaïne ayant conduit ou pas à faire recours auprès d'un dispositif de soins. Dans la mesure du possible, nous avons essayé d'interroger des profils sociaux et de consommation volontairement différents<sup>10</sup>.

4. Centre de Soins Spécialisés pour toxicomanes ou Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST) ou CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, anciennement CSST

5. Service hospitalier

6. ELSA : Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie, ou ECIMUD : Équipe de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues

7. Par commodité nous appelons " spécialisé " le secteur des praticiens qui s'occupent spécifiquement de problèmes en lien avec l'usage de substances psychoactives et " non spécialisés " les autres

8. En accord avec l'OFDT qui considère que crack et free base correspondent au " même produit ", nous considérons qu'il n'existe que deux formes chimiques utilisées : le chlorhydrate et la base. Nous utiliserons les termes de crack ou de free base lorsqu'il s'agira de contextualiser le produit par l'utilisation de la terminologie des acteurs ou des usagers.

9. Usage nocif et dépendance seront employés dans l'étude en référence à la terminologie du rapport du Professeur Parquet (1997) ; nous nous référons au concept d'addiction tel que défini par Aviel Goodman (1990) ; nous utiliserons de façon spécifique le concept de toxicomanie en nous appuyant sur Ogien (1995) et Castel (1998) ; dans le texte, l'emploi de ces différents termes renvoie de façon précise et systématique à ces définitions

10. Nous avons, au terme de l'enquête préparatoire et d'un examen de la littérature, afin d'organiser le recueil de données, catégorisé grossièrement 3 types de consommateurs : les précaires, les insérés, et les hyper insérés, renvoyant chacun à des situations sociales et des consommations différentes. Ces catégories ne sont construites que dans une perspective d'étude sur la question des usages de drogues, des éventuels problèmes sanitaires et sociaux associés et des recours aux soins. Il nous semble que de ce point de vue, ces trois catégories sont susceptibles d'engendrer des différences significatives. Elles n'ont vocation que dans ce champ limité et pour des commodités méthodologiques locales. Les précaires correspondent à des personnes ne disposant pas de ressources ou provenant d'allocations compensatrices et ne bénéficiant pas d'un logement stable ; les insérés bénéficient de ressources provenant de leur activité professionnelle et disposent d'un logement stable ; les hyper insérés correspondent à des personnes dont le niveau de revenu disponible et le type d'activité permettent un fonctionnement social à l'écart de la majorité de la population pour ce qui concerne les endroits festifs et de consommation de substances psychoactives, et les réseaux de soins. Nous ferons références à ces catégories dans l'étude.

La troisième phase a consisté à analyser le corpus recueilli dans la perspective de la rédaction d'un mémoire de recherche structuré autour de 8 questions fixées par le comité de pilotage :

1. Qu'en est-il des demandes de soins liées à un usage de cocaïne effectivement rencontrées par une pluralité de professionnels de santé ?
2. Comment les professionnels de santé caractérisent-ils les problèmes rencontrés par les usagers de cocaïne et de crack qu'ils côtoient ?
3. Quels types d'intervention et de suivi sont mis en œuvre à leur endroit ?
4. Quels sont les référents de connaissances qui structurent les représentations et les pratiques des professionnels sollicités ?
5. Quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent dans les interventions menées auprès des usagers ?
6. Comment les usagers en demande de soins définissent-ils les problèmes à l'origine de leur demande ?
7. Du point de vue des usagers quels sont les besoins qui ne sont pas couverts par l'offre de soins ?
8. Quelles difficultés rencontrent-ils avec les professionnels de santé sollicités ?

Le matériel a été indexé par la méthode de décontextualisation/recontextualisation assistée par le logiciel Nvivo 7. Le matériel recueilli n'a pas permis de documenter les 8 questions de manière équivalente, les 6 premières sont plus développées que les deux autres.

## **UN CORPUS IMPORTANT POUR COUVRIR L'ENSEMBLE DES CHAMPS DE L'ENQUÊTE**

La diversité des champs concernés par l'étude nous a obligés à rencontrer un nombre important de catégories de sources différentes, augmentant de ce fait son nombre total. Cette contrainte était inévitable si l'on souhaitait rester pertinent pour faire des comparaisons inter-sites et entre les différentes catégories d'acteurs ou d'usagers.

Nous nous sommes tenus, au niveau des sources, à ce que la littérature consultée et l'enquête préparatoire nous indiquaient comme thématiques à documenter. Au final, c'est à partir de 144 sources différentes que s'est réalisée l'analyse : 130 transcriptions d'entretiens individuels de professionnels et d'usagers et 14 focus groups d'équipe<sup>11</sup>.

---

11. Trois entretiens supplémentaires de professionnels ont été réalisés et n'ont pas été transcrits ; 1 entretien d'une personne non consommatrice mais évoluant dans un milieu où il y a des consommateurs de cocaïne a été transcrit mais ne rentre pas dans les deux principales catégories de sources (acteur de santé ou consommateur de cocaïne ayant rencontré un problème) ; 9 extraits d'entretiens d'usagers qui traitent des thématiques de l'étude, rencontrés dans le cadre d'enquêtes de l'OFDT menées en parallèle et 5 notes de synthèse ethnographiques portant sur la problématique font partie du contexte de l'analyse.

Ces sources se répartissent sur les troissites de la façon suivante :

Paris	85
Toulouse	32
Martinique	27

Entre professionnels et usagers :

Acteurs de santé	107
Usagers	37

Les professionnels se répartissent en :

<b>Secteur « spécialisé »</b>	<b>55</b>
ELSA, ECIMUD	7
CSST (y compris CSAPA anciennement CSST)	24
Services hospitaliers en addictologie	9
Dispositifs de première ligne (CAARUD et autres structures)	15
<b>Secteur « non spécialisé »</b>	<b>52</b>
Psychiatrie	12
Urgences	9
Cardiologie	4
Neurologie	6
Médecine générale et Réseaux Ville Hôpital	6
Périnatalité	6
Infectiologie	2
Divers (association d'usagers, pneumologie, CCAA <sup>12</sup> , dentiste, traumatologie, ORL <sup>13</sup> , injonction thérapeutique)	7

12. Centre de cure ambulatoire en alcoologie

13. Oto-rhino-laryngologiste

### Usagers interrogés :

Rappelons que le critère d'inclusion consistait à avoir consommé de la cocaïne et à avoir, de son point de vue, rencontré au moins un problème de santé en lien avec l'usage de ce produit. Vingt usagers ont été rencontrés à Paris, dix à Toulouse et sept en Martinique. Quatorze ont été recrutés par la méthode dite « boule-de-neige », à partir des réseaux des enquêteurs, quinze à partir de structures de première ligne et huit dans des centres de soins. Il y a parmi eux vingt-cinq hommes et douze femmes ; quatre ont entre 18 et 24 ans au moment de l'enquête, huit entre 25 et 34 ans et vingt-cinq plus de 35 ans. Seize bénéficient d'une insertion sociale, disposent de revenus de leur activité professionnelle et d'un logement autonome, et vingt et un sont en situation précaire au regard du logement et/ou sont sans ressources officielles ou bénéficient d'allocations compensatrices.

1. Phénomènes émergents liés aux drogues : rapports nationaux TREND, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, OFDT.
2. Costes, J.-M., La cocaïne en France : une nette progression au cours des dix dernières années, in *Cocaïne*, revue Toxibase n°21, 2006, pp. 6-8.
3. Beck, F., Legleye, S., Peretti-Watel, P., Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations opinions et perceptions sur les produits psychotropes (EROPP), OFDT 2002
4. Gandihlon, M., Cadet-Tairou, A., Toufik, A., Evrard, I., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005 - Septième rapport national du dispositif TREND
5. Usage et trafic de produits stupéfiants en France en 2005, Nanterre, OCRTIS, 2006, 123 p.
6. Kaufmann, J.C., L'entretien compréhensif, Nathan, 1996

# EXAMEN DE LA LITTÉRATURE

---

## REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

L'objectif de cette exploration bibliographique est de faire le point des connaissances disponibles sur les différentes thématiques qui traversent l'étude. Ce travail reste ouvert à de nouveaux apports et ne prétend pas rendre compte de l'exhaustivité des publications qui couvrent la totalité des thèmes de l'enquête. Il se propose de rassembler puis d'analyser l'essentiel des données sans lesquelles les conditions de faisabilité de cette étude ne seraient pas réunies.

Établir un cadre bibliographique qui englobe la totalité des thématiques de l'étude suppose en préalable un recensement des publications le plus large possible.

Pour approcher une certaine exhaustivité, trois bases ont été interrogées à partir de différents mots clés déterminés par la consultation de méta-analyses : Toxibase, Pubmed, et le catalogue Sudoc.

La richesse de la littérature accumulée ces dernières années nous a contraints à construire notre bibliographie en plusieurs temps. En effectuant d'abord, un premier tri à partir des dates de publication, concentrant principalement notre effort sur les 25 dernières années.

Puis un second tri pour cibler les titres prioritaires en s'appuyant sur les critères suivants :

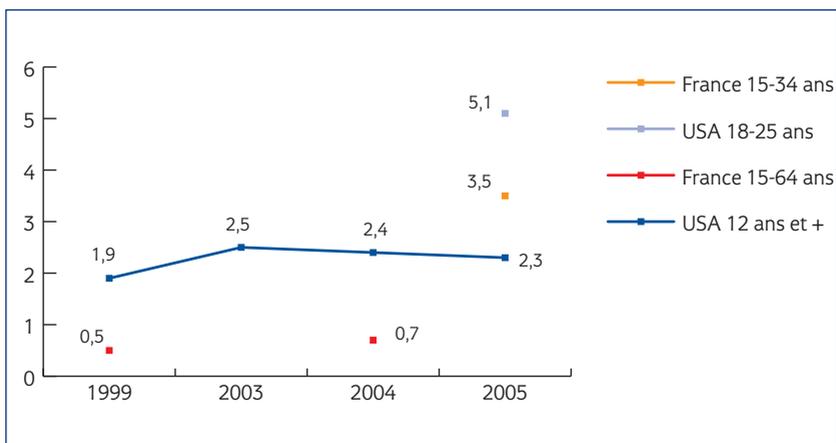
- Caractère récent de la publication
- Niveau de pertinence avec les thématiques
- Cohérences méthodologiques
- Niveau de publication

## **DONNÉES RELATIVES AUX CONSOMMATIONS AUX ÉTATS-UNIS, EN EUROPE ET EN FRANCE**

### **Consommations aux États-Unis**

Une majorité de publications provient des États-Unis. Il nous a semblé intéressant de rapporter les taux de fréquence de consommation de cocaïne correspondant aux périodes de publications des références utilisées. En effet, sans préjuger de corrélations particulières, une connaissance de l'évolution des fréquences d'usage estimées aux États-Unis, en perspective à la situation en Europe et en France, contextualise les problèmes décrits dans la littérature qui documente notre enquête.

### **Fréquence des usages récents de cocaïne en population générale concernant l'essentiel de la période des publications de la synthèse**



Sources NIDA, OEDT, OFDT, INPES

La fréquence des usages récents en France représentait un quart de la fréquence aux États-Unis en 1999 et un peu moins d'un tiers cinq ans plus tard. En effet dans cet intervalle, après avoir augmenté sensiblement pendant la première moitié de la période, la fréquence s'érode régulièrement de l'autre côté de l'Atlantique, alors qu'elle progressa faiblement mais de façon régulière de ce côté-ci.

En ce qui concerne les consommations antérieures à cette période, un rapport triennal du NIDA, présenté en 1999<sup>1</sup> au congrès national des États-Unis, propose

de présenter les résultats des enquêtes et recherches sur la prévalence et la nature de l'usage de drogue aux États-Unis. Les estimations montrent que pour les consommateurs réguliers (plus d'une fois par semaine) il n'y a pas eu de changements significatifs entre la fin des années 80 et 90. Pour cette période l'ONDCP (bureau national du contrôle politique des drogues) estimait le nombre d'utilisateurs chroniques de cocaïne à 3,6 millions. Dans ce rapport, beaucoup d'indicateurs montrent que, sur cette période, l'utilisation de la cocaïne se développe dans la population générale et que l'utilisation de la cocaïne chez les hommes était presque deux fois plus fréquente que chez les femmes.

### Consommations en Europe

Les enquêtes de populations nationales récentes montrent qu'environ 3 % des adultes, soit près de 10 millions d'Européens, ont consommé de la cocaïne au moins une fois au cours de la vie (OEDT 2006). Ces chiffres cachent une disparité importante, selon les États, entre les prévalences les moins importantes comme la République de Chypre, la Lettonie, et la République tchèque autour de 1 % ; et les plus hautes comme l'Italie, (4,6 %), l'Espagne (5,9 %) et le Royaume-Uni (6,1 %).

L'Observatoire européen estime qu'« environ 3,5 millions d'adultes ont consommé de la cocaïne au cours des douze derniers mois, soit 1 % de l'ensemble de la population adulte. (...) les chiffres nationaux sont compris entre 0,3 % et 1 %, bien que les niveaux de prévalence soient plus élevés en Espagne (2,7 %) et au Royaume-Uni (2 %). » Comme pour les autres drogues illicites, la prévalence au cours de la vie est plus élevée chez les jeunes adultes âgés de 15 à 34 ans, même si l'usage au cours des douze derniers mois est légèrement supérieur chez les 15 à 24 ans. Pour l'OEDT, de façon générale, « la cocaïne semble être surtout consommée par les jeunes d'une vingtaine d'années ».<sup>2</sup>

### Repères concernant la cocaïne et le crack en France

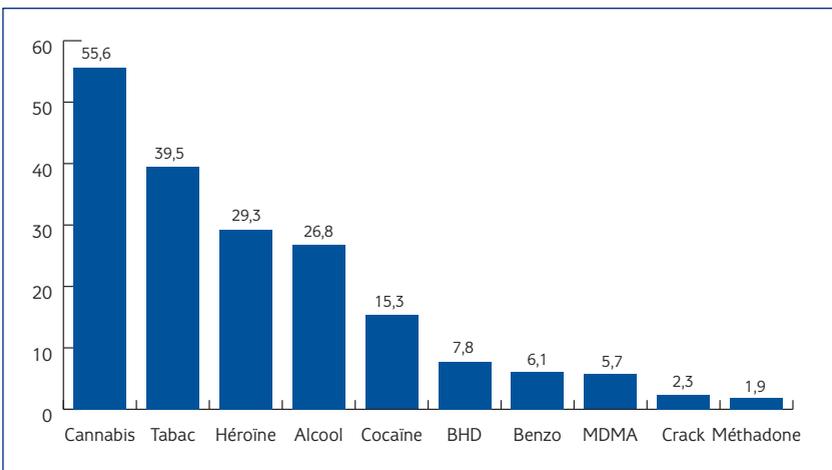
La fréquence de la consommation de cocaïne se situe dans les plus basses d'Europe avec en 2005 un taux de 3,5 au cours de la vie et 1,2 dans l'année chez les 15-34 ans. La consommation de cocaïne est restée modérée et n'a jamais été considérée comme un problème majeur de santé publique<sup>3</sup>. À partir des années 90, on assiste à une augmentation de la consommation, avec au tournant des années 2000 une inflexion nette de la tendance à la hausse. En 10 ans, entre 1995 et 2005, la prévalence au cours de la vie chez les 15-34 ans a été multipliée par 3, passant de 0,4 à 1,2 % ; et dans le même temps, la consommation récente (dans l'année) a doublé passant de 1,8 en 1995 à 3,5 % en 2005. Cette évolution récente des usages constitue « une rupture dans l'histoire de ce produit »<sup>4</sup>.

Rappelons que la cocaïne est, en population générale, le produit illicite le plus expérimenté après le cannabis ? Si nos niveaux de consommation restent inférieurs à bien des pays de l'Union, il n'en demeure pas moins qu'avec 1,1 million d'expérimentateurs, soit près de 3 % de la population française selon l'OFDT, notre niveau d'expérimentation se situe dans la moyenne européenne. Toutefois, la consommation de la forme base reste marginale et peu visible dans la population générale.

Comme pour les adultes européens, la consommation de cocaïne est avant tout rencontrée chez les jeunes adultes. Chez les 17-18 ans la consommation de cocaïne une fois dans l'année n'arrive qu'à la quatrième place des produits illicites, bien après le cannabis (46 %), l'ecstasy et les champignons hallucinogènes (3 %), mais à cet âge, l'expérimentation se fait à peine un an après celle de la première ivresse ou du premier joint : « un peu plus de 16 ans »<sup>5</sup>.

Du fait de l'extension de sa diffusion, l'usage de la cocaïne concerne tous les milieux sociaux, « il n'est donc pas possible d'établir un profil type du consommateur »<sup>6</sup>. Des consommateurs à fort pouvoir d'achat, aux usagers les plus précarisés qui fréquentent les structures de première ligne, la consommation de cocaïne sous forme de chlorhydrate ou de base se retrouve aussi dans les classes moyennes ou chez les jeunes fréquentant l'espace festif commercial ou alternatif. Ainsi, près de 35 % des personnes ayant participé à une enquête en milieu festif musique électronique dans cinq villes de France déclarent en avoir consommé dans le mois précédent et près des deux tiers dans leur vie<sup>7</sup>. Toutefois, la prévalence reste faible, l'estimation en population générale était établie en 2007 à 250 000 « usagers dans l'année »<sup>8</sup>.

**Répartition des patients suivant les produits consommés, quel que soit le rang de citation du produit en % dans 110 CSST en 2005 (RECAP 2007 à paraître)**



Source OFDT

Ces dernières années, la consommation de cocaïne quel que soit le mode d'administration a augmenté chez les toxicomanes, qu'ils fréquentent les structures de première ligne<sup>9</sup> ou de soins<sup>10</sup>.

Le chiffre le plus récent concernant les patients en centres de soins spécialisés montre qu'en 2005, un peu plus de 15 % d'entre eux déclaraient consommer de la cocaïne et 2 % du crack.

### **Mortalité et cocaïne en France**

Les données concernant les décès par surdosage de cocaïne, collectées par l'OCRTIS concernent exclusivement les décès donnant lieu à une procédure judiciaire pour mort suspecte. En 2004, le chiffre le plus récent disponible mentionne 15 cas, contre moins de 10 avant 2000<sup>11</sup>. Ce chiffre ne prend en compte qu'une partie réduite de la mortalité imputable à la cocaïne, mais en l'absence de dosage toxicologique plus systématisé, cette information demeure inaccessible. Différents services de réanimation médicale possèdent parfois la documentation de quelques cas, mais il n'existe pas de recueil systématique qui permettrait de les colliger. En revanche, l'étude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants<sup>12</sup> met en évidence sans établir de causalité directe entre produit et motif de décès, des spécificités entre usage de cocaïne et cause de décès dans ce sous-groupe. Ainsi, s'il y a peu de différence entre héroïne et cocaïne pour ce qui concerne les décès liés aux maladies infectieuses, notamment le SIDA, la mortalité liée aux maladies de l'appareil circulatoire est un peu plus de deux fois plus élevée (8,5 % vs 3,9 %)<sup>1</sup>.

L'enquête DRAMES réalisée par le CEIP de Marseille a pour objectif de recueillir les cas de décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives, d'identifier les substances impliquées, d'évaluer leur dangerosité et d'estimer l'évolution du nombre de ces décès.<sup>2</sup> Les analyses toxicologiques qui servent de matériau à l'enquête sont réalisées à la demande des autorités judiciaires. En 2006, sur 168 décès répertoriés en relation directe avec le produit, 54 impliquent une substance de façon unique dont 13 concernent la cocaïne. Dans 41 décès, plusieurs produits illicites ont été identifiés. Avec 33 citations, la cocaïne est le produit le plus fréquemment mentionnés lorsque plusieurs stupéfiants illicites sont impliqués. Notons également que sur 9 décès dont la mort n'est pas directement liée à la consommation (mort accidentelle dans des contextes de prises de substances psychoactives), dans 2 cas, la cocaïne a été identifiée. Ces chiffres qui ne représentent pas l'exhaustivité des décès en lien avec une consommation de substance, montre une présence significative de la cocaïne que ce

1. *Ibid.*, tableau 26, p.42.

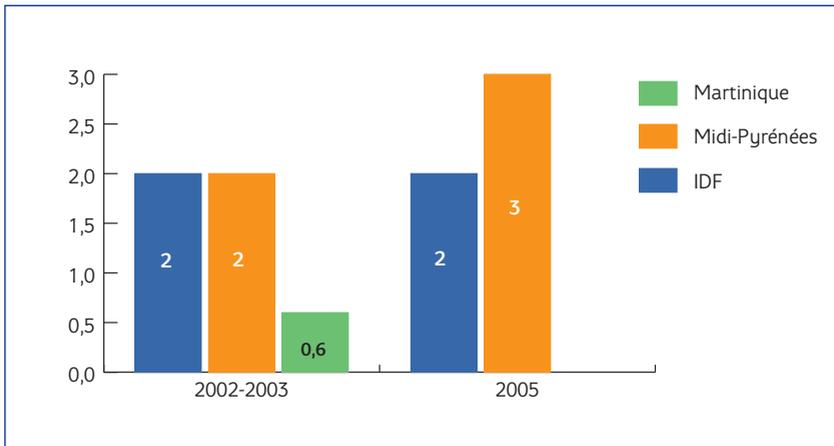
2. Afssaps, DRAMES, Résultats de l'enquête 2006, février 2008, ([http://afssaps.sante.fr/html/10/pharma/enquete\\_drames\\_2006.pdf](http://afssaps.sante.fr/html/10/pharma/enquete_drames_2006.pdf))

soit seule ou associé à d'autres, puisqu'elle a été identifiée dans près d'un cas sur deux où il s'agit de substances illicites (46/95).

### **Données existantes concernant les trois sites de l'étude**

Il existe peu de données en population générale collectées par les systèmes d'information nationaux qui renseignent l'échelon local. L'enquête ESCAPAD (OFDT) produit des données exploitables à l'échelon régional.

### **Expérimentation de la cocaïne en population générale à 17 ans, en pourcentage**



Source ESCAPAD, OFDT

NEMO<sup>13</sup> qui documente sur plusieurs villes de France la fréquence de l'usage problématique de drogues illicites, rapportée à la population générale ne concerne que l'agglomération toulousaine et la Martinique. Pour la période 2005-2006, la prévalence de l'usage problématique de drogues chez les personnes de 15 à 64 ans est un peu plus élevée à Toulouse qu'à la Martinique : 10,1 pour 1 000 contre 7,7. Si à Toulouse, ce taux ne distingue pas la cocaïne des opiacés, en Martinique, ce taux correspond à la prévalence de l'usage de crack puisque presque tous les usagers problématiques sont des consommateurs de crack. En Martinique, l'enquête ETADAM 2004, centrée sur les élèves de 14-19 ans montre que l'expérimentation de cocaïne ou de crack concerne moins de 1 % des jeunes scolarisés.

Les indicateurs retenus par ILIAD placent Paris au premier rang des départements de France confrontés à la toxicomanie<sup>14</sup>, mais il est difficile d'estimer la population concernée par des usages problématiques imputables à la cocaïne chlorhydrate ou base. D'autant qu'une partie de ces usages problématiques concerne une part peu visible, car correspondant à une population dite « cachée »<sup>15</sup>.

En revanche, le crack dans le nord de Paris connaît une visibilité importante, qui a amené à des évaluations de la population concernée. Les observateurs estiment que dans le 18<sup>e</sup> arrondissement et dans les arrondissements voisins de Paris, avec une extension en Seine Saint-Denis, se concentre une population de 2000 à 3 000 « toxicomanes » au crack en situation d'errance et de précarité<sup>16</sup>. S'il est difficile d'estimer le nombre de consommateurs de crack en France, il est possible de produire une fourchette d'estimation à partir de l'extrapolation des données des centres de soins spécialisés et des déclarations des usagers des structures de première ligne. L'OFDT estime entre 6 000 et 10 000 consommateurs en France qui se répartiraient à égalité entre les Antilles-Guyane et la région parisienne<sup>3 17</sup>.

Un indicateur parisien, mais non comparable aux deux autres sites de l'étude est celui de l'injonction thérapeutique. En effet, actuellement, nous ne disposons pas de données qui distinguent le produit à l'origine de l'infraction ayant donné lieu à des injonctions thérapeutiques pour Toulouse et la Martinique. À Paris, les chiffres les plus récents montrent qu'en 2006, la cocaïne sous forme base ou chlorhydrate a motivé plus d'une interpellation sur deux à l'origine de mesures d'injonction thérapeutique. L'évolution ces dix dernières années est significative puisqu'on voit en même temps que l'héroïne décroît régulièrement, et que la cocaïne et surtout le crack augmentent dans des proportions symétriquement inverses<sup>18</sup>.

## **DOMMAGES SOCIAUX ET SANITAIRES LIÉS AUX USAGES DE COCAÏNE ET DE CRACK**

### **Dommmages sociaux**

Le rapport Drogues et Dommages Sociaux<sup>19</sup> fait une large revue de la littérature internationale de l'ensemble des publications sur les dommages sociaux liés aux drogues.

3. Pour l'Observatoire de la Santé, les résultats de NEMO laissent penser qu'il faut plutôt envisager le chiffre supérieur de cette fourchette en Martinique.

Pour les auteurs, il est complexe de rapporter les facteurs de risques de dommages sociaux aux diverses substances, surtout s'il s'agit de les distinguer entre les diverses drogues. Les rapporteurs notent que les auteurs des publications ont tendance à regrouper les substances (opiacés/cocaïne par exemple) ou à exclure certaines d'entre elles de leur plan d'étude.

Les rapporteurs soulèvent la question de la différenciation entre les formes d'usage et d'abus qu'ils considèrent au centre de la problématique entre substance et dommages sociaux. En tenant compte des limites en lien avec la dimension multifactorielle des causes des dommages sociaux, et au regard de la revue de la littérature proposée dans ce rapport, pour ces auteurs, trois types de dommages pourraient être en lien avec la cocaïne/crack :

- Certains marchés de la cocaïne, notamment sous la forme crack, augmentent les risques de violence entre dealers, entre usagers et entre dealers et usagers.
- La consommation chronique de crack, mais aussi dans une moindre mesure celle de cocaïne, chez des personnes à trajectoires de délinquance avérée peut entraîner une aggravation d'une délinquance de nature acquisitive.
- Une consommation excessive de cocaïne peut entraîner certaines difficultés relatives à la préservation d'un emploi.

Sur les sites de Paris, Toulouse et Martinique choisis pour l'enquête, les consommations prennent des formes diverses autant que les dommages sociaux associés. Ceux en lien avec la consommation de cocaïne chlorhydrate sont relativement peu décrits, car ils font rarement l'objet de recours aux dispositifs médicaux et sociaux ou sont dilués dans une multitude de facteurs difficilement différenciables pour les observateurs. Ceux en lien avec les consommations de crack sont davantage décrits, car souvent perçu comme épidémique.

À la Martinique, le rapport local TREND 2004 note que l'impact du crack, forme de consommation la plus visible sur l'île, se mesure sur la société martiniquaise. Même si tout n'est pas à mettre sur le compte de la toxicomanie au crack, les auteurs constatent que la montée de la délinquance et de l'exclusion s'est faite en même temps que le développement de la consommation de crack.

Les usagers de crack parisiens décrits par le rapport local TREND 2004 sont des personnes très précarisées et très désocialisées. Ils sont souvent sans abri, vivent dans des squats et/ou sont dans l'errance. Il s'agit plutôt d'hommes avec une part non négligeable de femmes qui se prostituent régulièrement ou occasionnellement sous « la protection d'hommes ».

Toulouse n'a pas de scène ouverte de consommation de crack sachant que le free base repéré sur le site n'est pas perçu pour beaucoup comme étant du crack (Rapports locaux TREND 2004, 2005, 2006<sup>20</sup>). Les descriptions associant crack/cocaïne et dommages sociaux sont absentes du diagnostic des observateurs. Les dommages sociaux ne sont pas directement attribués à la consommation de la cocaïne/crack mais plutôt au mode de vie ou à la polyconsommation.

## Pathologies somatiques

En 2002, Guérot et ses collaborateurs proposent, dans un article des Annales de médecine interne, une brève synthèse des manifestations cliniques de l'intoxication aiguë de la cocaïne selon 4 axes : cardiovasculaire, neurologique et psychique, respiratoire et une section « autres manifestations »<sup>21</sup>. Nous utiliserons ces axes dans la structuration de cet examen de la littérature concernant les pathologies somatiques. Comme pour ces auteurs nous retiendrons que la présentation clinique des intoxications aiguës à la cocaïne est extrêmement variable ce qui rend son identification difficile. Toujours selon ces auteurs, les causes de cette variabilité qui, outre la dimension de la vulnérabilité individuelle, trouverait à s'expliquer par la polyconsommation et les intoxications liées à d'autres produits (impuretés).

### Complications cardiovasculaires

L'OEDT en 2007<sup>22</sup> indique que les troubles cardio-vasculaires en lien avec la cocaïne, les plus rapportés par la littérature sont l'ischémie et le syndrome coronaire aigu. Ils peuvent apparaître sans relation directe avec le profil de l'utilisateur ni ses modes d'usages. D'autres problèmes cardiaques incluant arythmies, myocardites et cardiomyopathies sont aussi repérées<sup>23, 24</sup>.

La douleur de la cage thoracique est le symptôme le plus commun des usagers de cocaïne toutefois, toutes ne sont attribuables à un problème cardiaque. D'autres pathologies extracardiaques, pneumothorax par exemple, induites par l'inhalation au chaud de la forme base peuvent être à l'origine de ces douleurs<sup>25</sup>.

Guiraudet<sup>26</sup> recommande que la connaissance de la cocaïne entre dans la pratique cardiologique pour trois raisons. Épidémiologique d'abord : la cocaïne est un stupéfiant en phase d'expansion en France et sa consommation peut être à l'origine de graves complications cardio-vasculaires : ischémie myocardique, infarctus, hypertrophie ventriculaire gauche, cardiomyopathie, thromboses, accidents vasculaires, morts subites, etc. La deuxième concerne les modalités de la consommation : elle est habituellement associée à d'autres toxiques (dont le tabac), la polyconsommation majorant la gravité et les difficultés diagnostiques. Enfin, la douleur thoracique est le premier symptôme rencontré témoignant d'un infarctus dans 6 % des cas. En pratique, chez un adulte jeune atteint d'un tel tableau, la responsabilité de la cocaïne doit être évoquée par principe, éventuellement aidé par une analyse toxicologique. Pour ces auteurs, le profil type est un patient jeune (40 ans), de sexe masculin (87 %), tabagique sans autre facteur de risque (84 %). L'association à la prise de cocaïne de tabac et d'alcool est habituelle. L'infarctus survient plus fréquemment chez le consommateur chronique que lors de la première prise, quelle que soit la voie d'administration ou la dose, le plus souvent dans l'heure suivant la prise mais parfois de façon différée pouvant alors se révéler à la 24<sup>e</sup> heure, ou lors du sevrage.

La section cardiovasculaire de l'article de Guérot détaille les différentes formes de manifestations connues, structurées par entrées pathologiques : cardiopathies ischémiques, dysfonction ventriculaire gauche, trouble du rythme, endocardites, dissection aortique, quelques manifestations plus rares sont aussi évoquées. Pour les auteurs ce sont les manifestations cardiovasculaires « nombreuses et polymorphes » qui font toute la gravité de l'intoxication aiguë à la cocaïne. Rarement décrites par les services de réanimation et d'urgence du fait de l'incidence encore faible de la consommation (jusqu'en 2002), ces manifestations chez l'adulte jeune doivent être connues afin d'être identifiées. Le principal symptôme qui amène à consulter durant une intoxication à la cocaïne est la douleur thoracique qui selon Hollander conduit à l'hospitalisation de la moitié des patients<sup>27</sup>. Cette douleur intervient le plus fréquemment dans l'heure qui suit la consommation, mais peut être retardée jusqu'à 24 heures. Selon Lange, palpitations, difficultés à respirer (dyspnée), vertiges peuvent accompagner ce signe clinique ; pour les auteurs, cette symptomatologie doit faire rechercher d'autres complications<sup>28</sup>.

Pour les cardiopathies ischémiques, il faut savoir selon Mittleman<sup>29</sup> que le risque d'infarctus du myocarde est multiplié par 24 dans l'heure suivant la prise de cocaïne pour des sujets sans facteur de risques vasculaires et ce quels que soient la dose, le mode d'administration et la fréquence de consommation. Toutefois, un travail d'Hollander *et al.* (Acad Emerg Med, 1994) montre que seulement 6 % des patients présentant une symptomatologie douloureuse au cours d'une intoxication à la cocaïne font un infarctus. Mais, toujours selon Hollander *et al.* (1995), le diagnostic d'infarctus n'est pas toujours facile à affirmer, car les douleurs ne sont pas discriminantes.

Guérot<sup>30</sup> et ses collaborateurs détaillent les différents examens diagnostiques et leur pertinence, notant l'anomalie de l'électrocardiogramme pour 2/3 à 3/4 des patients présentant une douleur thoracique et expliquent que des signes peuvent apparaître en l'absence de tout infarctus. Si les dosages plasmatiques de créatine kinase et de myoglobine sont peu interprétables, en revanche celui de la troponine I est utile et l'échographie transthoracique ou la coronographie en urgence sont alors de grande valeur.

Pour la plupart des auteurs, des mécanismes pathologiques multiples et intriqués sont impliqués dans les cardiopathies ischémiques, ce qui accentue les risques en cas d'association tabac/cocaïne qui se présente dans la plupart des situations.

Les dysfonctions ventriculaires gauches sont d'origines diverses, la cocaïne réduit les performances diastoliques et systoliques du ventricule gauche. L'usage chronique cause parfois une hypertrophie de ce ventricule qui dégrade la fonction systolique. Des cardiopathies dilatées réversibles à l'arrêt sont parfois observées<sup>31</sup>. Les mécanismes de ces atteintes sont mal connus et différents types d'hypothèses non exclusives ont été formulés.

Par ailleurs pour Guérot, l'intoxication aiguë de cocaïne peut entraîner de multiples troubles du rythme ou de la conduction<sup>32</sup>. Sont en cause, des tachycardies sinusales, supra ventriculaires, des torsades de pointes et des fibrillations ventriculaires, des blocs de branches, des blocs auriculo-ventriculaires, des asystoles<sup>33</sup>. Les arythmies ventriculaires paraissent survenir dans environ 8 % des cas, l'insuffisance ventriculaire gauche dans 6 % des cas<sup>34</sup>. Mal étudiés, les effets électrophysiologiques laissent au moins supposer que la stimulation sympathique, le blocage des canaux sodiques, une surconcentration intracellulaire de calcium ou l'inhibition de l'activité vagale soient principalement en jeu dans ces arythmies. La majorité des morts subites au cours d'intoxications aiguës sont en lien avec ces troubles. En plus des arythmies ventriculaires potentiellement mortelles compliquant ischémie<sup>4</sup>, fibrose<sup>5</sup>, hypertrophie ventriculaire gauche, myocardite<sup>6</sup>, la cocaïne est aussi directement arythmogène<sup>35</sup>. La cocaïne favoriserait directement la surcharge calcique intracardiomyocardique, cette inhibition arythmogène produite par des doses modérées de cocaïne pourrait être en grande partie à l'origine des overdoses. Un intervalle QT corrigé long<sup>7</sup> est retrouvé chez 75 % des consommateurs décédés de mort subite, une hypertrophie ventriculaire gauche dans 67 %, une maladie coronaire dans 33 %, un infarctus en phase aiguë dans 14 %<sup>36</sup>.

La cocaïne majore le risque d'endocardite du cœur gauche. Le mode d'administration n'est pas en cause, puisque contrairement à l'héroïne où dans une majorité de cas c'est le résultat de l'utilisation de la voie veineuse, ici il s'agit exclusivement de voie oropharyngée. Les causes restent obscures, sachant que tachycardie et hypertension accompagnant les intoxications aiguës induisent des lésions valvulaires ; par ailleurs les effets immunodépresseurs et les impu-  
rétés favorisent l'implantation de greffes bactériennes.

L'utilisation de la cocaïne peut mener à la dissection aortique aiguë<sup>37</sup>, résultant probablement de l'augmentation importante de la pression artérielle systémique provoquée par la cocaïne. Barth *et al.* (AM J cardiol, 1986) ont rapporté plusieurs cas de dissection aortique chez des consommateurs de cocaïne. Pour ces auteurs, c'est l'augmentation des forces de cisaillement consécutif à l'HTA (hypertension artérielle) et à la tachycardie qui seraient à l'origine de la rupture pariétale. Pour eux ce diagnostic doit être évoqué en cas de douleur thoracique concomitante à une consommation de cocaïne. Les auteurs évoquent d'autres manifestations cardiovasculaires : pneumopéricarde, ischémie mésentérique,

4. Une ischémie est la diminution de l'apport sanguin artériel à un organe. Cette diminution entraîne essentiellement une baisse de l'oxygénation des tissus de l'organe en deçà de ses besoins (hypoxie), et la perturbation, voire l'arrêt de sa fonction.

5. La fibrose (synonyme de sclérose) survient à la suite d'une destruction substantielle des tissus ou lorsqu'une inflammation a lieu à un endroit où les tissus ne se régénèrent pas.

6. La myocardite est une atteinte inflammatoire aiguë, subaiguë ou chronique du myocarde.

7. L'intervalle QT matérialise l'activité électrique des ventricules. Sa durée est une mesure de l'ECC.

rupture d'anévrismes intracérébraux. De plus, les effets cardiotoxiques de la cocaïne sont majorés en cas d'ingestion conjointe d'alcool ou d'absorption simultanée de cannabis<sup>38</sup>. L'association cocaïne-alcool majore le risque de mort subite par 18 suite à la formation de cocaéthylène particulièrement toxique<sup>39</sup>.

L'athérosclérose (accumulation des matériaux gras le long des murs des artères qui peuvent par la suite bloquer les artères) peut apparaître lors d'utilisation chronique de cocaïne. La cocaïne induit directement des défauts structuraux dans la barrière endothéliale vasculaire de cellules, qui augmente plus tard la perméabilité à la peroxydase et aux lipoprotéines à basse densité<sup>40</sup>.

#### Complications neurologiques

Les complications neurologiques peuvent être parfois graves<sup>41</sup>. Du fait de sa grande liposolubilité, la cocaïne induit par sa diffusion rapide des effets neurologiques « brutaux ». Les symptômes sont plus liés à la rapidité de concentration intracérébrale qu'à la concentration elle-même. Les convulsions et les états de mal convulsif sont les complications les plus fréquentes. Une partie importante des troubles est liée aux propriétés vasoconstrictives de la cocaïne et concerne des problématiques neurovasculaires.

Dans une étude de 1995 menée aux Antilles<sup>42</sup>, les motifs d'hospitalisation sont semblables pour les deux échantillons (crack et chlorhydrate) et les conduites à risques, accidents de la voie publique et suicides sont équivalents. Toutefois, les comas post-traumatiques sont plus fréquents chez les consommateurs de crack. Les consommateurs de cocaïne sont fréquemment pris en charge pour des AVC<sup>8</sup>. Pour les auteurs de cette étude, le risque neurovasculaire est à relier avec d'une part le caractère chronique de l'intoxication et l'hypertension fréquemment relevée chez les patients.

Ragoucy-Spengler dans le cadre de cette étude, met en évidence des perturbations neurologiques chez 52 % des patients cocaïnomanes (chlorhydrate ou base) hospitalisés pendant l'enquête. Il s'agit d'une perturbation de la vigilance dans 27 % des cas, de céphalées inexplicables (16 %), de crises convulsives sans antécédents connus (10 %). Parmi les troubles de la vigilance, la dépression centrale atteint le stade de coma dans 17 % des cas<sup>43</sup>. Des AVC sont rapportés notamment avec le crack par Golbe et Merkin (Neurology 1986)<sup>44</sup>. Les origines de ces accidents sont diverses : ischémique par vasospasme, ou hémorragique par rupture vasculaire liée à l'HTA<sup>45</sup>.

#### Complications pulmonaires

La diffusion de l'usage de la forme base a fait apparaître des complications pulmonaires inapparentes pour l'usage par voie nasale ou veineuse. Les symptômes fréquents sont la toux et la dyspnée qui concernent la moitié des consom-

8. Accident vasculaire cérébral.

mateurs (Delbono *et al.*, 1989). Des cas d'hémoptysies ont aussi été observés (Tashkin *et al.*, 1992). Ces signes apparaissent en général quelques heures après l'inhalation, mais peuvent apparaître plus rapidement. Il y a deux principaux types de complications : d'une part des épisodes de bronchospasme ou d'aggravation d'asthme ancien, voire des états de mal asthmatique (Haim DY *et al.*, 1995). Il s'agit d'inflammation bronchique consécutive à la consommation de la cocaïne et des impuretés inhalées. D'autre part, des pneumonies interstitielles, des pneumonies organisées avec bronchiolite oblitérante qui forment l'autre groupe de complications pulmonaires. Contrairement aux pneumonies éosinophiles dont quelques cas ont été rapportés, les pneumonies interstitielles ne sont pas réversibles sous corticoïdes. De même, quelques cas de pneumonies organisées avec bronchiolite oblitérante liées à la consommation de crack ont connu des évolutions fatales (Haim *et al.* op cit). Des brûlures, des pneumothorax, des œdèmes ont aussi été rapportés<sup>46</sup>.

Les complications pulmonaires majeures de la consommation de cocaïne se traduisent par des pneumomédiastins et des pneumopéricardes, une réduction de la capacité de diffusion du monoxyde de carbone et des hémorragies alvéolaires. Ces dernières sont plutôt rares, mais peuvent avoir des conséquences mortelles<sup>47</sup>. D'après les auteurs, le diagnostic n'est pas évident à faire. Plusieurs études (Murray R.J. *et al.*, 1988 ; Mittleman R.E. et Wetli C.V., 1984 ; Walek J.W. *et al.*, 1988) montrent que cette complication est à prendre en compte et que dans certains cas de décès par surdosage, des signes cliniques et biologiques plaident en faveur de l'hémorragie alvéolaire. La rareté des cas décrits ne coïncide probablement pas avec la réelle incidence de l'hémorragie alvéolaire après consommation de cocaïne. Pour ces auteurs, il est utile de se rappeler, devant toute hémoptysie même minime chez un cocaïnoman, l'éventualité d'une hémorragie alvéolaire dont le traitement actuel est bien codifié<sup>48</sup>.

Enfin, la consommation chronique de cocaïne base expose à l'hypertension artérielle pulmonaire (Haim DY *et al.*, 1995).

#### *Autres manifestations cliniques*

De nombreuses autres manifestations cliniques peuvent compliquer l'intoxication aiguë de cocaïne et notamment les insuffisances rénales qui doivent faire suspecter en premier lieu une rhabdomyolyse ou des infarctus rénaux<sup>49</sup>.

La rupture du contenant de la cocaïne lors de dissimulation intracorporelle produit une intoxication suraiguë avec hypertension artérielle compliquée d'une occlusion digestive par nécrose mésentérique, d'évolution souvent rapidement fatale<sup>50</sup>.

À noter que le rapport pour le ministère de la santé du Canada mentionne que l'usage chronique à long terme peut engendrer des lésions des tissus du nez et des perforations de la cloison nasale pour les usagers qui ont recours à cette voie d'administration<sup>51</sup>.

### Cocaïne et pathologies infectieuses

Aucune donnée n'est disponible pour renseigner cette question en population générale. De plus, du fait des polyconsommations fréquentes dans les populations d'usagers de drogues enquêtées dans les structures de premières lignes, ni l'enquête Coquelicot (InVs, 2004), ni les enquêtes TREND ne permettent d'identifier des prévalences de pathologies infectieuses VIH<sup>9</sup> et VHC en lien avec l'usage de cocaïne. Souvent consommation d'opiacés (y compris MSO<sup>10</sup>) et usage de cocaïne sous différentes formes coexistent pour un même usager. La fréquence des modes d'administration entre cocaïne et opiacés diffère selon l'âge des usagers. Ainsi, si les moins de 25 ans injectent plus l'héroïne que la cocaïne cette tendance s'inverse pour les plus de 35 ans<sup>52</sup>.

Au-delà des risques liés à l'injection, l'InVs rapporte que 25 % des usagers de drogue ont partagé une paille et cette pratique est plus fréquente chez les moins de 30 ans (37 % vs 20 %,  $p = 0,03$ )<sup>53</sup>. Dans l'enquête Coquelicot 2004, les usagers ont déclaré avoir consommé dans le mois précédent crack (30 %) ; cocaïne (27 %) ; héroïne (20 %), et si les moins de 30 ans sont moins consommateurs de crack que leurs aînés, ils consomment globalement plus de stimulants et notamment de la cocaïne (chlorhydrate). L'enquête auprès des usagers des structures de première ligne Trend 2003 avait déjà fait ce constat : les usagers de la forme base sont plus âgés, avec en moyenne 32,5 ans et 45 % d'entre eux ont plus de 35 ans<sup>54</sup>. Or, dans l'enquête Coquelicot, le partage de la pipe à crack est une pratique très répandue, car 73 % des usagers de drogue déclarent y avoir eu recours dans le dernier mois<sup>55</sup>.

La prise en compte des risques sexuels est analysée par Abdalla Toufik qui s'interroge sur les liens entre consommation de crack et MST en général et VIH plus particulièrement, en s'intéressant aux modalités de consommation et aux modes de vie des usagers parisiens, proches ou à l'intérieur du milieu prostitutionnel. L'auteur envisage deux types de séries de facteurs. Les facteurs qui accroissent les risques d'exposition au VIH : d'une part, l'échange sexe/argent et les pratiques de fellation, et d'autre part l'injection de crack (et/ou la consommation d'héroïne associée). Des cofacteurs qui tendraient à accroître la vulnérabilité biologique au VIH (prévalence MST, ulcérations vaginales, incidences cocaïne sur les muqueuses.)<sup>56</sup>

### Comorbidités psychiatriques

Dans son rapport pour la Santé Canada, Norton<sup>57</sup> s'appuie sur différentes études et conclut que les personnes qui rencontrent des problèmes avec la cocaïne présentent fréquemment des troubles de l'axe I<sup>58</sup>, des troubles de la personnalité de l'axe II<sup>59</sup> et des troubles psychologiques<sup>60</sup>. Dans une étude

9. Virus de l'immunodéficience humaine (HIV en anglais).

10. Médicament de substitution aux opiacés.

approfondie, Barber et coll. ont trouvé en 1996 que 47 % de leur échantillon répondait à un ou plusieurs troubles de la personnalité<sup>61</sup>.

Véléa et Caro<sup>62</sup> distinguent les effets à court et à long terme de la cocaïne dans les processus de comorbidités psychiatriques. En effet, les phases de rush où l'excitation s'accompagne de différents troubles de l'humeur et de sensations d'amélioration des performances se transforment en phase de crash à l'arrêt de l'effet du produit, laissant place à de l'anxiété et de la dépression. Même à des doses modérées, chez le sujet vulnérable présentant des troubles de la personnalité ou des antécédents psychiatriques, ces phases qui modulent l'humeur peuvent induire un trouble psychotique bref, de type bouffée délirante aiguë associant à une forte composante thymique, interprétations, sentiments de persécution, hallucinations audiovisuelles. Ces troubles s'accompagnent d'agitation qui peut devenir paroxystique avec de la violence auto ou hétéro-agressive. Ces psychoses induites renvoient à des situations différentielles. La prise de toxique peut être à l'origine d'une décompensation psychotique transitoire chez le sujet sans antécédent ; d'une décompensation psychotique chez le patient chronique stabilisé ; de la décompensation d'une psychose préexistante<sup>63</sup>.

Une étude portant sur 232 patients dépendants de la cocaïne et/ou de l'alcool montre que les troubles de l'axe II du DSM IV sont fréquents dans les phénomènes de dépendance à la cocaïne, mais aussi en combinaison avec des troubles de l'axe I. Pour les auteurs, la combinaison des troubles des axes I et II est le meilleur facteur de prédiction de rechute un an après traitement<sup>64</sup>.

L'usage chronique de cocaïne et a fortiori sous la forme base se traduit par des troubles de l'humeur couvrant un spectre allant de l'agitation psychomotrice à la dépression ; attaque de panique, violence, crise clastique, altération de la cognition et exacerbation sensorielle auxquelles succèdent des états de dépression majeurs avec ralentissement psychomoteur, anhédonie et idées suicidaires. Progressivement, un tableau clinique de psychose chronique s'installe avec syndrome de dépersonnalisation, déréalisation, sentiment d'étrangeté, interprétation délirante.

Mangon<sup>65</sup> met en avant deux tableaux de type psychotique, l'état paranoïaque transitoire et le comportement de recherche stéréotypé qui sont caractéristiques d'une dépendance à la cocaïne. Pour l'auteur, ils ne sont pas le résultat d'un dépassement de seuil de consommation, mais plutôt le fait d'une prédisposition à ces états. Pour lui, il existe une concordance entre les deux syndromes. Les troubles de l'humeur, associés à l'arrêt du produit sont aussi observés chez les consommateurs de crack caribéens avec les symptômes souvent décrits de violence ou de dépression.

Une étude de cohorte publiée en 2002 tend à montrer que la comorbidité psychiatrique a précédé le début d'utilisation de la cocaïne et qu'il existe un lien entre la vulnérabilité à développer une dépendance à la cocaïne et la nature des troubles que présente l'usager<sup>66</sup>. Toutefois, tous les résultats sur cohorte ne vont en ce sens. L'étude de Weiss de 1993, chez des patients hospitalisés pour

dépendance à la cocaïne montre que les comportements antisociaux au sens diagnostique du DSM III-R, se produisaient pendant les périodes de consommation, mais aussi d'abstinence, suggérant que les troubles de la personnalité existent indépendamment des consommations. En revanche, les troubles de l'humeur associés aux périodes de sevrage sont repérés comme indépendants de la personnalité et résultent des dysfonctionnements neurobiologiques induits par l'intoxication<sup>67</sup>.

Véléa explore les troubles bipolaires considérés comme fréquents chez les usagers de cocaïne. Regier avait montré en 1990<sup>68</sup> que la prévalence pour la vie entière de troubles liés à une substance psychoactive (alcool exclu) est nettement supérieure chez les personnes présentant des troubles bipolaires (47,7 %) que chez celles ayant des troubles schizophréniques (27,5 %). Cette prévalence en population générale se situant autour de 6 % pour Mury<sup>69</sup>, à 5 % pour Weiss dans une étude de 1988<sup>70</sup> et à 30 % pour Nunes en 1989<sup>71</sup>. Mais Véléa distingue les tableaux cliniques : les types I où se rencontrent les épisodes dépressifs majeurs et phases maniaques ; les types II épisodes dépressifs et phases hypomaniaques ; les types III où les contextes de consommation de cocaïne ou les antécédents familiaux conditionnent l'apparition de phases maniaques ou hypomaniaques et les épisodes dépressifs majeurs<sup>72</sup>.

L'étude de Falk montre que l'abus ou la dépendance de cocaïne sont associés à un risque élevé de survenue d'un trouble dépressif. Avec un échantillon de 430 usagers de cocaïne en traitement, évalués avec le Beck Depression Inventory (BDI), l'étude a montré que 80 % des usagers avaient un score élevé. Une partie présentait une dépression légère, alors que 55 % présentaient des symptômes dépressifs étagés de modérés à sévères<sup>73</sup>.

Mais, en matière de dépression et de cocaïne, une fois de plus l'attention clinique est nécessaire. Lorsque le patient présente des symptômes dépressifs sévères, il convient de distinguer si l'épisode dépressif est consécutif ou indépendant de la prise de produit ou s'il lui préexistait. Karila<sup>74</sup> souligne que dans la littérature, les données font ressortir plusieurs points essentiels : le lien entre le substrat neurobiologique des troubles dépressifs et la neuropharmacologie de la cocaïne ; la synergie de renforcement mutuel entre sévérité de la dépression et de l'addiction à la cocaïne ; les usagers déprimés ont un tropisme fort envers les effets attribués à tort « d'antidépresseurs » de la cocaïne.

À l'opposé phénoménologique de la dépression, l'hyperactivité a été aussi prise en compte dans une étude de cohorte qui évaluait les troubles de l'attention chez 281 cocaïnomanes d'âge moyen 33 ans, selon les critères du DSM-IV et d'un questionnaire administré. Dans le groupe étudié, 10 % des sujets présentaient des troubles de l'attention, souvent associés à des troubles de la personnalité antisociale et des troubles du comportement. Pour les auteurs de l'étude, ce sous-groupe est plus difficile à traiter dans le cadre d'un traitement de la dépendance à la cocaïne d'autant plus si les troubles psychiatriques n'ont pas été diagnostiqués<sup>75</sup>.

Un examen de la littérature montre qu'au-delà des problèmes spécifiques que posent les comorbidités psychiatriques, leurs interactions avec les problèmes d'addictions supposent leur prise en compte dans les stratégies de traitement.

### **Les problématiques liées à la grossesse et à la néonatalité**

Les interactions entre les usages de la cocaïne et les questions liées à la périnatalité concernent en fait trois champs distincts, bien qu'articulés ensemble. D'abord celui des éventuels problèmes de tératogénèse de l'embryon et du fœtus ; celui des pathologies de la grossesse et de ses répercussions sur le fœtus ; enfin, celui des interactions parents-enfants et particulièrement mère-enfant. Les deux premiers champs sont souvent mélangés dans les présentations des problèmes qu'induit la cocaïne chez la femme enceinte et le nouveau-né.

Pour ce qui est des problèmes de tératogénèse la littérature, essentiellement anglo-saxonne montre une évolution entre une première vague d'études qui alertait sur la tératogénie de la cocaïne, puis une seconde qui discutait cette question pour en arriver ces dernières années à réfuter purement et simplement une tératogénèse directe de la cocaïne.

Ainsi, les études avant 1990 font état de retard de développement (diminution du poids et du périmètre crânien)<sup>76, 77</sup>. Mais les fœtus présenteraient aussi des altérations dans le développement du système nerveux<sup>78</sup>. Certaines études estimaient à 10 % les malformations congénitales majeures chez les nouveau-nés issus de mères qui consommaient de la cocaïne<sup>79</sup>. Pour Briggs, les malformations les plus fréquemment rencontrées concernent le cœur, le crâne, les membres et le tractus génito-urinaire<sup>80</sup>. Des malformations diverses, comme des modifications de la face associées à des malformations cérébrales et des altérations oculaires sont notées dans des études anciennes reprises dans le rapport Roques sur la dangerosité des drogues en 1998. Ce rapport précisait également que d'autres études n'ont pas mis en évidence de malformations congénitales chez le fœtus de femmes exposées à la cocaïne<sup>81</sup>.

Une synthèse des études sur « *grossesse et cocaïne* » du Lindesmith center, publié à New York à la même période que le rapport français concluait que la consommation de cocaïne au cours de la grossesse est certainement déconseillée, mais cependant, que nombre de rapports ont mentionné des dangers qui n'ont pas été confirmés par les études ultérieures. En fait, il semble que dans les années 1980, il se soit développé une certaine phobie du danger potentiel pour le fœtus et l'embryon, autour de l'usage de cocaïne et de crack, dont la consommation apparaissait en forte augmentation aux USA. Outre l'insuffisance des soins prénataux, les usages associés d'alcool et de tabac se révèlent être les premiers facteurs associés aux problèmes de développement du fœtus chez les femmes consommatrices de cocaïne. Les études ne confirment pas de lien entre consommation de cocaïne et malformation du bébé<sup>82</sup>.

Pour autant, la consommation durant la grossesse expose à des complications obstétricales et fœtales : fausse couche, accouchement prématuré, hématome rétroplacentaire, retard de croissance intra-utérin. Le cas de la consommation dans les heures qui précèdent l'accouchement doit faire l'objet d'une attention particulière du fait des complications graves chez le nouveau-né : hypertension et vasoconstriction généralisée pouvant entraîner AVC, convulsions, détresse respiratoire, coma...

De nombreuses études rappellent la toxicité pour l'organisme et les complications pour la femme enceinte, la future mère, le fœtus et le devenir de l'enfant. Les risques d'AVC, infarctus du myocarde et les violentes poussées d'HTA peuvent avoir des conséquences dramatiques pour le couple mère-fœtus. D'autant que des cas de rupture hépatique ou de dissection aortique ont été observés chez la femme enceinte. L'inhibition des récepteurs bêta adrénrgiques entraîne des contractions plus intenses et plus fréquentes. On observe aussi une augmentation des risques de décollement prématuré du placenta voir des ruptures de l'utérus « *redoutables pour le fœtus et pour la mère* »<sup>83</sup>. En outre, l'action vasculaire de la cocaïne est responsable d'hypoxie sévère et prolongée du fœtus et l'hypercontractilité de l'utérus sous cocaïne favorise des accouchements prématurés. Pour le fœtus et le nouveau-né, les phénomènes de polytoxicomanie empêchent souvent de préciser les effets spécifiques de la cocaïne.

Une étude longitudinale sur 164 mères (94 cocaïne, 70 témoins) se proposait d'étudier « l'attention » (attentivness) que des mères usagères abusives de cocaïne portaient à leur enfant à 3, 6, 12 et 18 mois<sup>84</sup>. À partir de l'observation des mères par la vidéo, différentes catégories d'attention sont codées : *attentive, episodic, brief distraction, prolonged distraction, detachment*. Des scores apparaissent pour chaque âge (3, 6, 12 et 18 mois) qui sont comparés entre groupes de consommatrices et groupe témoin. L'étude montre que c'est seulement à 3 mois qu'il y a une différence significative entre l'attention portée aux bébés par le groupe des usagères de cocaïne et le groupe témoin. Les résultats montrent que ces différences significatives seraient principalement dues à l'abus de cocaïne, la dépression ou aux deux ou à d'autres variables non examinées dans cette étude.

En France, il est difficile de documenter les relations mère-enfant chez les usagers de cocaïne (chlorhydrate ou base). Car, à notre connaissance, aucune étude française ne traite directement de cette question. En 2001, une étude sur les interactions mère-enfant chez les toxicomanes rend compte de l'observation de 18 dyades<sup>85</sup>. Mais, les caractéristiques de l'échantillon ne distinguent pas les consommations de produit des mères : il s'agit de 18 femmes sous substitution ponctuellement polytoxicomanes. De façon générale, les réseaux qui s'occupent de toxicomanie et de maternité ne distinguent pas les types d'usages des mères, à l'instar de l'AFRÉE qui fait référence depuis longtemps en France dans le domaine<sup>86</sup>. C'est aussi le cas dans les études de Lejeune que Ferraro mentionne : il n'y a aucune distinction selon les produits consommés par les

mères<sup>87</sup>. Mais la totalité de ces études ou comptes rendus d'expériences d'accompagnement de mères toxicomanes (dont certaines consommaient de la cocaïne ou du crack) montrent un intérêt pour ce type de prise en charge. En conclusion, pour Ferraro et ses collaborateurs, la grossesse est un moment privilégié pour mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire et en réseau pour améliorer le pronostic de la mère et de l'enfant<sup>88</sup>.

### **Cocaïne et addiction**

Charles Nicolas définit le craving comme « *un désir impérieux de drogue, fortement conditionné par une envie quasi instinctuelle d'en profiter sans délai* », qui pousse l'individu à sa recherche compulsive. Cette notion est pour lui la composante essentielle de l'addiction. C'est dans les années 90 seulement que l'on s'est intéressé à l'étude systématique de cette manifestation, souvent confondue avec les symptômes du manque. Avec la montée en puissance de la toxicomanie à la cocaïne et de ses dérivés et face au désarroi des médecins sans solution, l'intérêt des chercheurs et des cliniciens pour le craving augmente. Une impulsion tenace qui peut resurgir des années après un traitement réussi, et qu'il faut distinguer des mécanismes classiques qui sont à l'origine de la dépendance physique et du syndrome de manque<sup>89</sup>.

Le chapitre V du Traité d'addictologie<sup>90</sup>, *Neuro-imagerie des addictions* indique que la cocaïne est le produit qui suscite le plus grand degré d'appétence dans les phénomènes de toxicomanie. Cette dépendance est caractérisée par un craving fondé sur l'appétence pour le produit, liée tant aux états psychologiques des sujets qu'aux situations ou aux contextes réactivant les souvenirs des utilisations précédentes.

« L'amorçage » est essentiel dans l'apparition du craving, qu'il résulte d'une proposition de drogue, de l'augmentation de la dopamine dans le noyau accumbens ou de tout autre chose qui évoque métonymiquement la consommation de cocaïne. L'évolution de la disponibilité de la cocaïne et la façon dont son usage peut très profondément et rapidement bouleverser le système de récompense, a créé une situation nouvelle dans le champ de l'addictologie. Fonctionnant de façon discontinue et par séquence de consommation, l'addiction à la cocaïne se distingue de la continuité du manque physique des opiacés.

## **ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LES TRAITEMENTS**

### **Conduites à tenir en cas de complications liées à une intoxication aiguë**

L'intoxication à la cocaïne ne génère pas de tableaux cliniques univoques et spécifiques ce qui complique le diagnostic voire peut conduire à l'ignorance d'une dépendance et de ses conséquences<sup>91</sup>.

Malgré la difficulté d'identification de l'intoxication aiguë à la cocaïne, du fait de la grande variabilité de ses manifestations, elle doit être suspectée systématiquement chez tout adulte jeune présentant une symptomatologie cardio-respiratoire ou neurologique aiguë sans antécédent. La confirmation du diagnostic vient de la détection de cocaïne dans les urines. Des tests d'agglutination donnent un résultat en quelques minutes et restent possibles de 24 à 36 heures après la consommation.

Il n'existe pas de consensus pour le traitement de l'intoxication aiguë. Les principales mesures sont symptomatiques. Il y a une nécessité de contrôler et laisser libres les voies aériennes supérieures, de mettre en place une voie veineuse et un monitoring cardiovasculaire<sup>92</sup>. Les études rétrospectives des patients présentant une douleur thoracique associée à l'usage de cocaïne sans ischémie évidente suggèrent qu'une stratégie de sortie des patients après une période d'observation de 12 heures est associée à un taux très bas de complications<sup>93</sup>.

Le recours aux bêta bloquants pour réduire l'hypertension et la tachycardie est généralement évité (Hollander, op cit., 1995). Pour l'ischémie myocardique documentée, l'aspirine et les dérivés nitrés sont utilisés, et en cas d'échec, les inhibiteurs calciques (vérapamil) et/ou des alphabloquants (phentolamine). Dans cette situation, l'angioplastie coronaire et la thrombolyse restent mal définies. Les autres complications sont traitées de façon symptomatique et conventionnelle. L'administration de naloxone est fortement contre-indiquée, car majorant la toxicité de la cocaïne notamment en cas de speedball<sup>94</sup>.

### **Les traitements médicamenteux de la dépendance à la cocaïne**

L'ensemble des revues bibliographiques sur le traitement médicamenteux de la dépendance à la cocaïne fait le constat qu'aucune pharmacothérapie n'est à ce jour validée par des études approfondies. Toutefois, depuis le milieu des années 80, particulièrement aux Etats-Unis, de nombreuses études ont tenté de trouver « la » molécule pour le traitement de la dépendance à la cocaïne.

La revue de la littérature de Silva De Lima<sup>95</sup> fait le point en 2002 sur 45 études testant différentes molécules<sup>11</sup>, sans réel succès significatif. Dans cette première étude qui recense les essais cliniques jusqu'en 2000, les molécules testées sont pour la plupart des antidépresseurs et des agonistes dopaminergiques, voire des antiépileptiques. Les auteurs retiennent qu'aucune certitude sur l'action et la possible utilisation clinique d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, d'agonistes de dopamine, du disulfiram, du mazindol, du phénytoin, de la nimodipine, du lithium et du NeuRecover-SA dans le traitement de la dépendance de cocaïne ne peut être retenue. Ils préconisent des études de plus grande envergure, sur des médicaments

11. Despiramine, Carbamazépine, Fluoxétine, Ritanserine, Lithium Carbonate, Depirona, Amantadine, Bupropion, Bromocriptine, BeuRecover-SA, Phénytoin, Mazindol, Nimodipine, Naltrexone.

qui répondraient à des modèles théoriques plus appropriés et prometteurs. Ils notent enfin qu'étant donné le taux élevé de sortie de protocole parmi la population d'essai, les cliniciens devraient introduire des mesures de soutien psychothérapeutiques visant à maintenir le maximum de patients dans les programmes de traitement.

En 2004, le Thematic Report Drug Monitor<sup>96</sup>, une revue de la littérature néerlandaise confirme qu'aucune pharmacothérapie n'est efficace. Pour les auteurs, jusqu'ici aucune des substances à l'étude ne peut significativement arrêter la dépendance à la cocaïne ou limiter l'utilisation de cette drogue. D'une manière générale, les études compilées dans ce rapport n'ont montré aucun effet positif sur la quantité ou sur la fréquence de consommation. Les régulateurs de dopamine agissent par un mécanisme identique à celui de la cocaïne – une inhibition de la recapture de la dopamine – au niveau synaptique. Ces molécules peuvent diminuer le craving et permettent un maintien plus long du sevrage. Toutefois, cette revue de la littérature confirme que les agonistes dopaminergiques ainsi que d'autres substances qui s'en rapprochent ou qui sont impliquées dans la création de stimulation dans le cerveau n'ont pas d'efficacité validée. De même, la combinaison de différentes molécules, précurseurs de la dopamine<sup>12</sup>, n'a pas donné de résultat.

Les antidépresseurs n'aident pas plus à lutter contre la dépendance (21 études), de même les substances contre l'épilepsie n'ont pas d'effet significatif (anticonvulsivant). La carbamazépine<sup>13</sup> par exemple, molécule antiépileptique la plus étudiée (6 études) ne présente pas de résultats satisfaisants comme la gabapentine<sup>14</sup>. Le naltrexon<sup>15</sup> n'a aucun impact dans le contrôle de la consommation de cocaïne. Le bupropion, utilisé pour son efficacité dans les tentatives d'arrêt du tabac, ne donne pas de résultats dans son utilisation pour la cocaïne, même s'il est associé avec un inhibiteur de la sérotonine. Notons que la Ritaline® ne fait pas diminuer la quantité de consommation de cocaïne consommée. De même, le Diethylpropion utilisé comme anorexigène n'a aucun impact sur l'utilisation de la cocaïne. Enfin, le disulfiram est évoqué comme une molécule intéressante particulièrement chez les usagers de cocaïne alcoolodépendants, avec aussi des résultats sur des patients non alcoolodépendants, mais dans des études avec un effectif trop faible pour tirer des conclusions définitives.

Que les molécules soient choisies dans une approche symptomatique, substitutive ou en lien avec l'avancée de la connaissance neurobiologique, la taille des cohortes et la difficulté de garder les patients dans le protocole ou des seuils non significatifs, ne valident pas une molécule plus qu'une autre pour le traitement de la dépendance à la cocaïne. Notons tout de même que l'étude CREST<sup>97</sup>

12. Bromocriptine, amantadine, najindol, méthylphenidate.

13. Le Tégrétol® est utilisé depuis plus de vingt ans, surtout dans le traitement des épilepsies partielles.

14. Anticonvulsivant non barbiturique.

15. Le naltrexon est considéré dans certains pays comme un adjuvant important pour le traitement des opiomanes.

(Clinical Rapid Efficacy Screening) de 2005 soutenue par le NIDA (National Institut on Drugs Abuse), fait la synthèse de 19 molécules<sup>16</sup> évaluées contre placebo dans dix études différentes, retient trois molécules donnant des pistes thérapeutiques intéressantes : la réserpine, la tiagabine et la cabergoline.

En 2007, la revue de la littérature européenne de l'OEDT<sup>98</sup>, centrée sur les traitements de l'usage de cocaïne conclut qu'aucun n'a satisfait aux critères de validation scientifique, qu'il s'agisse de pharmacothérapies, d'immunothérapie, de psychothérapies ou d'autres alternatives, le choix de regrouper les réponses et leur efficacité dans un même chapitre nous a semblé plus fonctionnel. Pour les différents types de traitements pharmacothérapeutiques, des études exploratoires et expérimentales sont en cours.

En 2008, Ballon<sup>99</sup> repère trois méta analyses de la revue Cochrane, analysant les études randomisées ayant utilisé les agonistes dopaminergiques (bromocriptine, amantadine, pramipexole), les antidépresseurs (désipramine, fluoxétine, bupripion) et un antiépileptique (carbamazépine). Les conclusions de ces travaux aboutissent à une absence d'intérêt de ces molécules pour le traitement de la dépendance à la cocaïne.

### **L'immunothérapie**

Une approche alternative repose sur l'utilisation des vaccins, jusqu'ici toujours à l'étape expérimentale. L'objectif du vaccin est la création d'anticorps qui reconnaissent les molécules à l'origine de la dépendance, qui viendraient « s'attacher » à elles, ne leur permettant plus de passer la barrière hémato-encéphalique et donc de ne plus (ou peu) stimuler les neurones du circuit de la récompense.

Si cette approche thérapeutique a été conçue dans un premier temps pour répondre aux problèmes de dépendance à l'héroïne<sup>100,101,102</sup> les résultats ne furent pas prometteurs.

La découverte du rôle des anti-monoclonaux<sup>103</sup> a relancé les recherches sur l'immunothérapie et la dépendance, particulièrement pour les stimulants. Dans le cas particulier de la cocaïne, le développement du vaccin Xenova<sup>17</sup> contre la cocaïne, testé chez le rat<sup>104, 105</sup> puis chez l'homme<sup>106, 107</sup> met en évidence la production d'anticorps spécifiques. L'astuce de ce vaccin consiste à accrocher des molécules de cocaïne à une substance suffisamment grosse pour être reconnue par le système immunitaire. Pour cela, il a été injecté aux candidats au vaccin une toxine inactivée, couplée à des molécules de cocaïne. Le complexe

16. Cabergoline, hydergine, levodopa/carbidopa, tiagabine, sertraline, donepezil, reserpine, gabapentin, lamotrigine, olanzapine, valproate, Q10/L-carnitine, celecoxib, nefazodone, paroxetine, pentoxifylline, riluzole, pramipexole, venlafaxine.

17. Industrie pharmaceutique anglaise.

ainsi formé est détecté par le système immunitaire et celui-ci développe alors des anticorps contre la toxine, mais également contre la cocaïne. Si la drogue est consommée ultérieurement, les anticorps formés lors de la première exposition au vaccin vont neutraliser les molécules de cocaïne avant que celles-ci ne pénètrent dans le cerveau. En l'absence de vaccination, donc d'anticorps, la cocaïne paralyse la recapture de la dopamine par les neurones dits du système de récompense et cette accumulation de dopamine dans les compartiments intercellulaires déclenche la sensation de plaisir. « Vacciné », le cocaïnoman ne ressent rien, la prise étant physiologiquement inactive. Autrement dit, le vaccin ne supprime pas le craving, il supprime seulement les effets euphorisants. Les résultats des premières études cliniques, chez des volontaires, ont été publiés en 2005<sup>108</sup>.

Toutefois comme le soulignent Véléa et Caro<sup>109</sup>, la piste des traitements préventifs envisage l'usage de ces nouvelles pistes de l'immunothérapie dans des situations qui restent à définir, aussi bien du point de vue clinique, thérapeutique que déontologique.

### **Les approches psychothérapeutiques**

En matière d'approche psychothérapeutique, un examen de la littérature n'indique pas de spécificité pour la cocaïne au regard des autres addictions à des substances psychoactives. Comme pour les autres réponses spécifiquement dédiées à la cocaïne, nous nous appuyerons, en ce qui concerne la validation des approches, sur deux expertises nord américaines : celles de Santé Canada (2001)<sup>110</sup> et du NIDA (2004)<sup>111</sup>, et une Européenne, le Thematic Report National Drug Monitor, The Netherlands (2004)<sup>112</sup>. Leurs conclusions sur les évaluations des approches psychothérapeutiques vont globalement dans le même sens, tout comme les conclusions de la revue de la littérature de l'OEDT de 2007<sup>113</sup>.

Depuis longtemps dans le traitement des addictions aux substances psychoactives, de nombreuses études comparant dans des essais cliniques des groupes dont l'un bénéficie d'un traitement médicamenteux seul, et l'autre d'un traitement psychothérapeutique conjoint, ont montré l'intérêt de la combinaison des traitements. Dans son article Silva de Lima montre que dans de très nombreuses études cliniques qui testent des molécules dans le traitement des cocaïnomanes, les psychothérapies conjointes aident au maintien des patients dans les programmes<sup>114</sup>. C'est aussi une conclusion de l'expertise néerlandaise<sup>115</sup>.

Différentes approches psychothérapeutiques sont évoquées par Véléa : psychothérapie de soutien, d'inspiration psychodynamique, thérapies familiales et thérapies cognitivo-comportementales (TCC)<sup>116</sup>. Dans la mesure où les évaluations des approches portent essentiellement sur les thérapies comportementales, ce sont les plus documentées et notamment dans la littérature nord-américaine.

Pour les thérapies comportementales, le rapport canadien sur les *recommandations en matière de traitement et de réadaptation* estime qu'à l'instar des autres problèmes de toxicomanie, ces formes d'interventions traitent efficacement les dépendances à la cocaïne. Il reconnaît plusieurs formes d'interventions considérées comme « *particulièrement efficaces* »<sup>117</sup> : l'organisation (management) des contingences, les thérapies comportementales cognitives (TCC), la thérapie comportementale générale.

Le management des contingences est la première méthode citée dans les références<sup>118</sup>. Basée sur l'approche behavioriste, elle vise des changements de comportements ciblés par une prise en compte des contingences environnementales, par des stratégies de renforcements comportementaux. L'environnement peut être : les contextes habituels de consommations, le monde socioprofessionnel, la famille, etc. Thérapeute et patient ciblent des comportements à transformer et analysent les contingences contextuelles dans lesquelles ils s'inscrivent. Puis, par un système de renforcement positif ou négatif, des objectifs cibles sont déterminés dans une recherche de motivation du patient à changer<sup>119</sup>. Vélée souligne que cette méthode a reçu depuis 1998 une validation du NIDA<sup>120</sup>.

Les techniques cognitivo-comportementales, thérapies de brève durée qui visent, en analysant avec le patient les antécédents et les conséquences du comportement problématique, ici l'usage de cocaïne, à mettre à jour, les processus cognitifs à l'œuvre de façon sous-jacente : croyances, pensées automatiques, etc... puis à partir de cette analyse, il s'agit d'établir des stratégies pour affronter les situations à risques<sup>121</sup>. Ce type d'approche a été validé par le rapport de Norton pour la Santé Canada.

Dans les études de comparaison à d'autres approches, les TCC donnent de meilleurs résultats sur de courtes périodes et notamment sur la réduction de la consommation. Toutefois, de nombreux patients ne terminent pas le programme<sup>122</sup>. Carroll et ses collaborateurs ont démontré l'efficacité de ces thérapies à court, mais aussi à long terme<sup>123</sup>. Le NIDA a également validé la méthode de l'Individual Drug Counselor qui s'appuie sur le programme des 12 étapes mis au point dans les années 35 par les Alcooliques Anonymes (AA). Ce type de démarche de groupe communautaire, repris par Narcotics Anonymous (NA) devient avec une adaptation aux spécificités de l'addiction à la cocaïne le Cocaïne Anonymous (CA) qui s'inspire de la philosophie des 12 étapes<sup>124</sup>.

En 2002, le NIDA avait proposé un manuel spécifique qui intégrait plusieurs approches inspirées des thérapies comportementales combinant, individuel, groupe et famille<sup>125</sup>.

Dans une étude expérimentale sur la thérapie comportementale générale, Azrin et ses collaborateurs ont obtenu des résultats satisfaisant pour 60 % des patients en terme d'abstinence et d'amélioration sur le plan social et de la réduction de la consommation d'alcool<sup>126</sup>. Vélée cite, dans l'éventail des approches behavioristes, l'entretien motivationnel qui permet de renforcer les motivations personnelles<sup>127</sup>.

Véléa note que dans de nombreux travaux, les auteurs créditent de taux de réussite élevés leurs approches<sup>128</sup>. Par ailleurs, il insiste sur le rôle très important des thérapies familiales dans le maintien d'une rétention et d'une abstinence à long terme<sup>129</sup>. Les trois expertises auxquelles nous nous sommes référés indiquent le travail auprès de la famille du patient comme un élément à prendre en compte dans le cadre d'un traitement global. Les manuels du NIDA, comme les deux autres expertises citées, mettent en avant les multiples dimensions que recouvre l'addiction à la cocaïne, les approches psychologiques et sociales qui visent à motiver, rechercher et stabiliser des stratégies de changements comportementaux ont pleinement leur place au sein d'une combinaison de réponses.

### **Les autres réponses**

Les Anglo-Saxons intègrent les traitements sociaux et éducatifs dans l'approche comportementale. Les expertises font ressortir que l'accompagnement social et éducatif des patients est un élément important dans la prise en charge particulièrement dans le cadre de la maintenance de l'abstinence ou de la réduction de la consommation, notamment pour les usagers les plus en difficultés sociales<sup>130, 131, 132</sup>.

L'absence de réponse médicamenteuse spécifique a conduit à chercher d'autres voies. L'acupuncture fait partie des réponses proposées aux usagers de cocaïne aux États-Unis et aussi en France, à la Martinique.

Il existe peu d'essais cliniques testant l'acupuncture. Ballon<sup>133</sup> indique que deux protocoles peuvent être utilisés : l'auriculo-thérapie (méthode NADA) ou l'acupuncture « chinoise ». Au début des années 2000, plusieurs études ont testé l'impact de ces méthodes chez les personnes dépendantes à la cocaïne. Le rapport de l'EMCDDA<sup>134</sup> fait en 2007 un état des lieux de l'utilisation de l'acupuncture dans le traitement de la dépendance à la cocaïne et montre que le recours à ce type de thérapies se développe en Europe<sup>135</sup>. Les études évaluant leur efficacité donnent des résultats contradictoires. Les revues les plus récentes démontrent que cette technique n'a pas de résultats significatifs en traitement unique<sup>136, 137</sup>. Toutefois, une étude a montré que l'acupuncture, si celle-ci est utilisée comme traitement associé, a un réel intérêt<sup>138</sup>. De nouvelles études randomisées sont préconisées pour mieux appréhender l'impact de cette technique dans les traitements des cocaïnomanes.

Autrement dit, et même si les résultats ne sont pas concluants, les études montrent que l'acupuncture peut être un outil utile pour aider les patients, du moins pour qu'ils restent dans le traitement<sup>139</sup>.

1. Leshner, A. I., 25 Years of discovery to advance the health of the public (25 ans de découvertes pour améliorer la santé publique), Sixth Triennial Report to Congress on drug use and drug use research, Bethesda (MD), NIDA, 1999, p.82
2. OEDT, État du phénomène de la drogue en Europe, rapport annuel 2006.
3. Costes, J.-M., La cocaïne en France, op cit.
4. Ibid.
5. Ibid.
6. Ibid.
7. Reynaud, C., et al, Faisabilité d'une étude quantitative sur les pratiques des substances psychoactives dans l'espace festif " musique électronique ", compte rendu intermédiaire, in Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003, Bello, P.-Y., et al, OFDT, 2004, p. 231-252.
8. Drogues, chiffres clés, OFDT, décembre 2007.
9. Bello, P.-Y., et al, Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003, 5ème rapport national TREND, OFDT, 2004, 277 p.
10. Thirion, X., OPPIDUM, résultat de l'enquête 15 (octobre 2003), CEIP de Marseille, AFSSAPS, 2004.
11. OCRTIS, Usages et produits stupéfiants en France en 2004, Nanterre, OCRTIS, 2005, 112 p.
12. Lopez, D., et al, Mortalité liée aux drogues illicites, OFDT, 2004.
13. Nouvelle Estimation Multicentrique de l'OFDT, à paraître.
14. ORSIDF, Tendances récentes sur la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2004, avril 2005.
15. Reynaud, C. , Usage de cocaïne en population cachée, OFDT, enquête en cours.
16. Op. cite, revue Toxibase n°21 Cocaïne, 5 p.
17. Costes, J.-M., in acte des États généraux Crack, errance et polytoxicomanie. Quelles réponses concrètes ?, Mairie du 18è et Ville de Paris, 14 juin 2005.
18. Données injonction thérapeutique DDASS de Paris, 2006, non publiées.
19. Sansfacon, D. & Coll., Drogues et dommages sociaux, revue de la littérature internationale, OFDT, Juin 2005, 456 p.
20. cf supra.
21. Guérot, E., Sanchez, O., Diehl, J.-L., Fagon J.-Y., Complications aiguës dans l'usage de cocaïne, annale de médecine interne, 2002, 153, supplément au n°3, IS27-IS31 pp., Masson.
22. EMCDDA 2007 selected issue - Cocaine and crack cocaine : a growing public health issue, Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities 2007, 30 pp.
23. Egred, M. and Davis, G. K. (2005), Cocaine and the heart, Postgraduate Medical Journal 81(959), 568-71 pp.
24. Pozner, C. N., Levine, M. and Zane, R. (2005), The cardiovascular effects of cocaine, Journal of Emergency Medicine 29, pp. 173-8.
25. Ibid.

26. Guiraudet, O. ; Hemery, Y. ; Revel, F. ; Ollivier, J.-P. Coeur et cocaïne. (Cardiac complications of cocaine). Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux, 2001, 94, (6), 600-604.
27. Hollander, J.E., in the management of cocaine-associated myocardia ischemia. New-England journal of medicine, 1995, 333, 1267-72.
28. Lange, R.A. & Hillis, L.D., cardiovascular complications in cocaine use, New-England Journal medicine 2001; 345 351-8).
29. Mittleman, M. A., Mintzer, D., Maclure, M. et al. (1999), Triggering of myocardial infarction by cocaine, Circulation 99, 2737-41 pp.
30. Guérot, et al, op. cit.
31. Guiraudet, O. et al, op. cit.
32. Guérot, et al, op. cit.
33. Ibid.
34. Guiraudet, O. et al, op. cit.
35. Chakko, & Coll.. Frequency and type of electrocardiographic abnormalities in cocaine abusers. (electrocardiogram in cocaine abuse) AM J Cardiol 1994 ; 74 : 710-13.
36. Ibid.
37. Brownlow, H. A. and Pappachan J. (2002), Pathophysiology of cocaine abuse, European Journal of Anaesthesiology 19, pp. 395-414.
38. Castelain, V., Lavigne, T., Jaeger, A., Schneider, F.. Manifestations cardiovasculaires des substances récréatives : alcool, cocaïne, amphétamines, ecstasy, héroïne et cannabis. Revue la Réanimation, 2005.
39. Guiraudet, O. et al, op. cit.
40. Brownlow et Pappachan, 2002, op. cit.
41. Guérot, et al, op. cit.
42. Ragoucy-Sengler, C., et al, Caractéristiques cliniques de la toxicomanie au crack, Toxicorama, vol XI, n°4, 1999.
43. Ibid.
44. Golbe, L.I., Cerebral infarction in a user of free base cocaine (" crack "). Neurology, 1986, 36 : 1602.
45. Guérot et al, op. cit.
46. Ibid.
47. Bouchy, J. et al, Hémorragie alvéolaire après inhalation de cocaïne, La presse médicale, 13 juin 1992, 21, N°22, Masson ; Fait clinique.
48. Ibid.
49. Guérot, et al, op. cit.
50. Ibid.
51. Norton, G. R., et al, L'usage de la cocaïne, recommandations en matière de traitement et de réadaptation, pour la stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada, 2001.
52. Bello, P.-Y., et coll., op. cit.
53. Jauffret-Roustide, M. et coll, Estimation de la séroprévalence du VIH et du

VHC et profil des usagers de drogues en France, étude InVs, ANRS Coquelicot, BEH n°33, septembre 2006.

54. Bello, P.-Y., op cit.

55. Ibid.

56. Toufik, A., Du crack au VIH, Journal du Sida n°75/76, juillet-août 1995.

57. Norton, op. cit.

58. Hoffman, J.A., et al, " Profiles of Clients in Government-funded Drug User Treatment Setting ", Substance Use & Misuse, 31 (1996), p. 453-477.

59. Axe I et II du DSM selon les versions.

60. Marlow, D.B., Impact of Comorbid Personality Disorder & Personality Disorder symptoms on outcomes of Behavioral Treatment for cocaïne dépendance, Journal of Nervous and Mental Disease, vol 185, n°8 (1997), 483-490 p.

61. Barber, J.P., et al, Prévalence & Correlates of Personality Disorder Diagnoses Among Cocaïne Dependent Outpatient, Journal of Personality Disorder, n°10 (1996), 297-311 p.

62. Véléa, D., Caro, F., Actualités cliniques. Nouvelles pistes pour la prise en charge de la cocaïne, in Revue Toxibase n°21, 2006.

63. Ibid.

64. Pettinati, H. M., et al, The relationship of Axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome, The American Journal on Addictions, 1999, 8, (2), 136-14.

65. Mangon, E., Les complications psychiatriques du crack, in " Crack et cannabis dans la Caraïbe ", L'harmattan.

66. Shaffer, H. J., Eber, G. B., Temporal progression of cocaïne dependence symptoms in the US National Comorbidity Survey., Addiction, 2002, 97, (5), 543-554.

67. Véléa, D., Caro, F., op cit.

68. Regier, D.A., et al, Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Result from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. JAMA 1990, 264, 2511-2518.

69. Mury, M., et al, Comorbidité troubles schizophrénique, bipolaire et abus/dépendance aux toxiques. Synapse, n°116, mai 1995.

70. Weiss, R.D., et al, Psychopathology in cocaïne abusers : changing trends. J. Nerv. Ment. Dis., 1988. 176, 719-25.

71. Nunes, E.V., Psychiatric diagnosis in cocaïne abuse, Psychiatr. Res. 1989, 25, 105-14.

72. Ibid.

73. Falck, R. S., et al, The prevalence and correlates of depressive symptomatology among a community sample of crack-cocaïne smokers, Journal of Psychoactive Drugs, 2002, 34, (3), 281-288.

74. Grant, B.F., Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression : results of a national survey of adults. J Subst Abuse. 1995 ;7(4) : 481-97.

75. Levin, F. R. ; Evans, S. M. ; Kleber, H. D., Prevalence of adult attention-deficit

hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 1998, 52, (1), 15-25.

**76.** Dixon, S.D., et al, Cocaine and amphetamine exposure in neonates : peripheral conséquences. *Pédiatr. Res.* 21, 359A.

**77.** Franck, D.A., et al, Cocaine use during pregnancy : prevalence and correlates. *Pediatrics* 82, 888-895.

**78.** Telsey, A.M., et al, Cocaine exposure in a term néonate : necrotizing enterocolitis as a complication. *Clin. Pediatr.* 27. 547-550.

**79.** Neerhof, M.G., et al, Cocaine abuse pregnancy : peripartum prevalence and perinatal outcome. *Am. J. Gynecol.* 161. 633-638.

**80.** Briggs, G.G., et al, A reference Guide to Fetal and Neonatal Risk : Drugs in Pregnancy and Lactation. Fourth edition, William & Wilkins, Baltimore.

**81.** Roques, B., Rapport sur la dangerosité des drogues, documentation française, 1998.

**82.** The Lindesmith Center, Research brief : cocaine and pregnancy. Publié sur Internet : [http://www.drugpolicy.org/docUploads/cocaine\\_pregnancy.pdf](http://www.drugpolicy.org/docUploads/cocaine_pregnancy.pdf), New-York, The Lindesmith Center, 1997, 9 p.

**83.** Ferraro, F., et al, Cocaine et grossesse, *Archives pédiatriques* 2000 ; 7 supplément 2 : 285-6.

**84.** Ball, S. A., et al, Maternal attentiveness of cocaine abusers during child-based assessments, *American Journal on Addictions*, 1997, 6, (2), 135-143.

**85.** Ebert, J., sous la direction de, Maternité, interaction mère-enfant et toxicomanie, OFDT, 2001, 112 p.

**86.** Molénat, F., sous la direction, Grossesse et toxicomanie, Érès, 2000.

**87.** Ferraro, F., et al, op. cit.

**88.** Ibid.

**89.** Charles-Nicolas A., Le craving n'est pas le manque, *Le Courrier des Addictions*, 1999, 1, 8-12.

**90.** Martelli C., Chanraud S., Bouchez J., Dao-Castellana M. H., Reynaud M., Martinot J. L., Neuro imagerie des addictions, in Reynaud M. (sous la direction de), *Traité d'addictologie*, Flammarion, 2008, 33-42 pp.

**91.** Ragoucy-Sengler, et al, op. cit.

**92.** Guérot, et al, op. cit.

**93.** Weber, J. E. ; Shofer, F. S. ; Larkin, G. L. ; Kalaria, A. S. ; Hollander, J. E. Validation of a brief observation period for patients with cocaine-associated chest pain, *New-England Journal of Medicine*, 2003, 348, (6), 510-517.

**94.** Guérot, et al, op. cit.

**95.** Silva de Lima, M., et al, Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review (Traitement pharmacologique de la dépendance à la cocaïne : revue systématique). *Addiction*, 2002, 97, (8), 931-949.

**96.** Thematic Report Drug Monitor, The Neherlands, Treatment of Problematic use of drugs, State of the Art for evidence based and other interventions, 2004.

**97.** *Addiction Supplement*. 100, march 2005.

98. EMCDDA Litterature reviews, Treatment of problem cocaine use : a review of the literature, Lisbonn , European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2007, 50pp.
99. Ballon et coll., 2008, op. cit.
100. Bonese, K.F., & coll., Changes in heroin self-administration by rhesus monkey after morphine immunization. *Nature* 252, 1974, 708-710.
101. Owens, S.M. & Mayersohn, M., Phencycline-specific Fab fragments alter phencycline disposition in dogs., *Drug Metab Dispos*, 1986, 14, 52-58.
102. Hardin, J.S., & coll., Pharmacodynamics of monoclonal antiphencyclidine Fab with broad selectivity for phencyclidine-like drugs. *J Pharmacol Exp Ther* 266, 1998, 1439-1445.
103. McClurkan, M.B., & coll., Disposition of a monoclonal anti-phencyclidine Fab fragment in rats. *J Pharmacol Exp Ther* 266, 1998, 1439-1445.
104. Fox, B.S., et coll., Efficacy of a therapeutic cocaine vaccine in rodent models. *Nat. Med.* 1997, 2, 1129-1132.
105. Carrera, M.R., & coll., Cocaine vaccines : antibody protection against relapse in a rat model. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2000, 97, 6202-6206.
106. Kosten, T.R., & coll., Human therapeutic cocaine vaccine : safety and immunogenicity. *Vaccine*, 2000, 20, 1196-1204.
107. Kosten, T., Owens, M., Immunotherapy for the treatment of drug abuse. *Pharmacology & Therapeutics*. 2005, 108, 76-85.
108. Martell BA, Mitchell E, Poling J et al., Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence. *Biol Psychiatry*, 2005, 58 : 158-164.
109. Véléa, D., & Caro, F., 2006, op. cit.
110. Norton, N.R., et al, op. cit.
111. NIDA, Cocaine Abuse and Addiction, Reserch report series, NIDA, novembre 2004.
112. Treatment of problematic use of drug, op. cit.
113. EMCDDA, 2007, op. cit.
114. Silva de Lima, M., et al, Pharmacological treatment of cocaine dependence : a systematic review, *Addiction*, 97, 931-949.
115. Treatment of problematic use of drug, op. cit.
116. Véléa, D. Caro, F., op. cit.
117. Norton, G.R. et al, op. cit.
118. Higgins, S.T., et al, Some potential contributions of reinforcement & consumer-demand theory to reducing cocaine use. *Addictive Behavior*.
119. Petry, N. M., Stilzer, M.L., Contingency Management : Using Motivational Incentives to Improve Drug Abuse Treatment, Yale University Psychotherapy Development Center, Training series n°6.
120. NIDA, A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach : Treating Cocaine Addiction, Therapy Manual for Drug Addiction, Manuel 2, 1998.
121. Marlatt, G.A., & Gordon, J.R., Relapse Prevention : Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. 1995, New-York : Guilford Press.

122. Treatment of problématique use of drug, op. cit.
123. Caroll, K.M., et al, Choosing a behavior therapy platform for pharmacotherapy of substances users, Drug and alcohol dependence, 75, 123-134.
124. NIDA, Individual drug Counselling : Treating Cocaine Addiction, Therapy Manuel for Drug Addiction, 1995.
125. NIDA, Drug Counseling for Cocaine Addiction : the Collaborative Cocaine Treatment Study Model, Therapy Manuel for Drug Addiction, 2002.
126. Azrin, N.H., et al, Behavior therapy for drug abuse : a control treatment outcome study. Behavioral Research & Therapy, 32, 8, 857-866.
127. Véléá, D., et Caro, F., op cit.
128. NIDA, A cognitive-behavioral approach : treating cocaine addiction, Therapy Manuel for Drug Addiction, Manuel 1, 1998.
129. Ibid.
130. NIDA, Drug counseling for cocaine addiction, op. cit.
131. Norton, R. N., op cit.
132. Treatment of problematic use of drug, op. cit.
133. Ballon, 2008, op. cit.
134. Op. cit.
135. Haasen, C, Prinzleve, M, Zurhold, H, et al., (2003b). Support needs for cocaine and crack users in Europe, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung, Hamburg.
136. Kim, YH, Schiff, E., Waalen, J., and Hovell, M., (2005), Efficacy of acupuncture for treating cocaine addiction: a review paper, Journal of Addictive Diseases 24, 115-32 pp.
137. Portes, et al., 2006, op. cit.
138. Kim, 2005, op. cit.
139. NTA (2002b), Treating cocaine/crack dependence. Research into practice: 1a drug services briefing, Drug and Alcohol Findings, London.

## QU'EN EST-IL DES DEMANDES DE SOINS LIÉES À UN USAGE DE COCAÏNE EFFECTIVEMENT RENCONTRÉES PAR UNE PLURALITÉ DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ ?

### LES DEMANDES EN LIEN AVEC UN PROBLÈME D'ABUS D'USAGE OU DE DÉPENDANCE

*Nous aborderons ici les demandes de soins spécialisés en lien avec l'usage de cocaïne que rencontrent les acteurs spécialisés du soin des addictions : CSST<sup>1</sup>, CSAPA<sup>2</sup>, services hospitaliers en addictologie et équipes de liaison, médecins des réseaux spécialisés.*

L'analyse nationale des rapports d'activité des centres de soins montre une stabilité entre 1998 et 2004 avec en moyenne 5,7 % des patients (de 5,1 en 1998 à 5,7 en 2004 en passant par 6,5 en 2001)<sup>1</sup>. Notons que le nombre total de patients est passé sur cette même période de 22 827 à 71 879, le système de soin a vu sa file active se multiplier par trois. La stabilité des usagers de cocaïne est d'autant plus étonnante quand on sait que cette période a connu une expansion de la consommation de cocaïne dans une grande diversité de la population.

Le rapport d'activité des ECIMUD<sup>3 2</sup> qui vient de paraître confirme ces observations : peu de demandes concernant la cocaïne sont adressées aux équipes de liaison. Peu de services somatiques ou psychiatriques sollicitent les ECIMUD que nous avons rencontrés pour des problèmes identifiés comme en lien avec l'usage de cocaïne. Ainsi 1,4 % des patients de la file active des ECIMUD qui ont documenté l'enquête basée sur les rapports d'activité avaient la cocaïne/crack comme principal produit dommageable.

---

1. Centre de soins spécialisés aux toxicomanes.

2. Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie.

3. Équipe de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues (unité hospitalière transversale).

Alors qu'en est-il des demandes qui sont adressées aux acteurs spécialisés et à quoi ressemblent-elles ? Les demandes d'aide n'apparaissent que lorsque les conséquences de l'usage se répercutent de façon significative dans différents registres de la vie du demandeur. Les discours des professionnels spécialisés sont unanimes : une grande partie des demandes d'aide chez les consommateurs de cocaïne est motivée par un niveau important de problèmes conséquents à des abus d'usage répétés.

Dans un certain nombre de cas, on assiste à une évolution de la consommation d'abord festive vers la recherche de performance dans le champ professionnel. Puis, la dépendance s'installe, les difficultés s'amplifient jusqu'à l'éventuelle demande de soin. La cocaïne prise dans cette recherche de performance n'épargne pas le consommateur de la question de la dépendance. À propos de patients insérés consommant de la cocaïne dans une recherche de performance, un psychiatre parisien d'un CSAPA indique : « *Ce sont des gens qui sont piégés dans un comportement. Les produits qu'ils prennent, ce n'est qu'un moyen, (...) ce n'est pas une fin en soi (...) Au bout du compte, la quantité consommée est quand même importante. (...) Ils voudraient bien arrêter, mais ils n'y arrivent pas* ».

Des CSST font aussi cette constatation : la cocaïne s'installe dans les pratiques d'usage de drogues récréatives dans une partie de la jeunesse socialement privilégiée. Toutefois, l'usage récréatif peut parfois basculer rapidement dans des usages problématiques qui conduisent alors le jeune consommateur à consulter. « *J'ai déjà vu des jeunes qui consommaient de la cocaïne, (...) genre 22, 23 ans, parce que ça dépassait la consommation du week-end et donc ça a commencé à vraiment poser problème au niveau financier, au niveau du temps dédié à ça* », constate un médecin d'un CSST à Toulouse. En banlieue parisienne, un centre de soin spécialisé est amené depuis quelques années à rencontrer de jeunes consommateurs de cocaïne qui connaissent déjà des problèmes avec leurs consommations : « *Des patients très jeunes, mineurs, ayant des problèmes de cocaïne, j'avoue que je n'en avais pas vu à un tel point* », explique le psychiatre de ce centre. Ainsi, pour des praticiens qui ont parfois une longue expérience dans la prise en charge d'usagers de drogues, d'aussi fréquentes demandes de soin pour des problèmes de cocaïne chez des sujets aussi jeunes constituent un phénomène nouveau. Pour ces jeunes consommateurs compulsifs, séquentiels et réguliers, issus de milieux sociaux insérés, voire hyper insérés, la cocaïne est un facteur de « crises » à l'origine de demandes de soin de l'entourage.

La famille martiniquaise est très présente dans la vie des usagers de crack avec qui ils conservent la plupart du temps un lien. Les parents, le conjoint, en général la femme du consommateur, peuvent se trouver à l'initiative d'une demande, auprès d'un médecin généraliste ou d'un centre de soins. Mais, ça ne débouche pas forcément sur une démarche. Il arrive parfois que les usagers ne « *demandent rien, mais dans ce cas-là, ils reviennent plus, ils ont fait la*

*fiche d'entrée, ils ne reviennent pas le lendemain », constate un intervenant à Fort-de-France. Beaucoup de ces demandes sont du type « pensée magique », le soignant est mis en demeure de produire « un arrêt immédiat et définitif de la consommation, tout de suite, là ».*

L'entourage familial, mais aussi l'entourage professionnel peuvent être à l'origine d'une demande de soin.

Chez les publics insérés ou hyper insérés, au-delà de la dépendance en tant que telle, c'est bien lorsque les « conséquences néfastes » sont bien développées que le recours au soin intervient. *« Enfin, à partir de l'instant où je les vois ici, c'est qu'ils ont arrêté de surfer et qu'ils ont déjà planté. Que ça soit les PDG, que ça soit les mannequins, que ça soit les comédiens, que ça soit les journalistes, que ça soit d'autres catégories (...) Rares (...) sont les personnes qui viennent consulter s'il n'y a pas des conséquences négatives dans leur trajectoire. La grande majorité des motifs de consultation et d'hospitalisation, ce n'est pas parce que les gens disent : je suis dépendant et je voudrais intellectuellement retrouver une liberté de penser ou d'humeur par rapport à cette substance, c'est : je suis dans la merde, je vais être viré de mon bureau, je n'ai plus de quoi payer, éventuellement, je suis en train de divorcer... » (Psychiatre)*

Quel que soit le milieu social, les soignants rencontrent des demandes concernant des polyconsommations. Dépendance aux opiacés après usages réitérés d'héroïne ou de produits de substitution à des fins de régulation des effets stimulants de la cocaïne, ou cocaïne utilisée dans une recherche de « défonce » chez des patients en TSO<sup>37</sup>, sont des cas fréquemment observés. Mais la cocaïne peut aussi s'associer à l'alcool dans une synergie spécifique qui pose des problèmes aux niveaux somatique et psychique. La double addiction alcool/cocaïne peut être un motif de demande, bien que dans cette logique, la cocaïne ne soit pas toujours présentée au premier plan par le consommateur. C'est ce que rencontre un addictologue parisien : *« Il y a les demandes de seconde intention, c'est-à-dire des personnes qui viennent pour d'autres addictions et qui vont finir par parler de ce truc-là, je pense à la relation coke, alcool, où vous allez avoir manifestement des personnes qui ne vont pas réellement abuser de la cocaïne, mais qui vont s'en servir pour boire plus (...) et (...) diminuer les ivresses et les inconvénients, mieux tolérer leur abus d'alcool ».*

Par ailleurs, certaines demandes se présentent comme des demandes de « renseignements », prétexte à la construction d'une autre demande qui ne sait pas encore se formuler. Ce type de demande n'est pas toujours simple à saisir pour essayer d'enclencher une démarche de soin.

À la Martinique, les professionnels observent que les usagers de crack sont amenés à demander des soins dans des moments aigus. L'urgence de la demande la pousse à se constituer dans une forme de radicalité absolue : *« il faut que vous m'interniez dans une structure pour que j'arrête définitivement »*, résume

4. Traitement de substitution aux opiacés.

le type de demandes adressées par certains consommateurs de crack aux soignants spécialisés, comme le déplore un addictologue qui reconnaît l'importance de l'implication de l'usager dans le processus soignant. Cette demande se retrouve dans la tendance actuelle à la Martinique à réaliser des HDT<sup>5</sup>, mais aussi des HO<sup>6</sup> pour les usagers de crack qui ne sont pas « demandeurs » de soin.

En ce qui concerne les injonctions thérapeutiques à Paris, on assiste ces 10 dernières années à une inversion de la courbe du nombre d'injonctions prononcées par rapport au produit ayant motivé l'interpellation entre héroïne et crack. En 1995, l'héroïne représentait plus de 80 % des injonctions thérapeutiques prononcées, et la cocaïne et le crack ensemble représentaient 10 %. En 2006, le crack représente à lui seul plus d'un tiers des IT<sup>7</sup> auquel il faut ajouter 18 % de cocaïne, alors que l'héroïne n'atteint que 7 %. En 2006, le cannabis et le crack sont à parts égales les deux produits les plus représentés parmi ceux qui ont motivé l'interpellation à l'origine d'une injonction thérapeutique à Paris<sup>3</sup>.

## LES DEMANDES EN LIEN AVEC UN PROBLÈME SOMATIQUE

*Dans cette partie, nous rapporterons quelles sont les demandes en lien avec l'usage de cocaïne que perçoivent les praticiens des urgences, les cardiologues, les neurologues, et les médecins hospitaliers spécialistes de différentes pathologies somatiques que nous avons rencontrés.*

Le premier constat est que l'investigation ne fait pas apparaître beaucoup de demandes pour des problèmes somatiques en lien avec des consommations de cocaïne. Des personnes parfois se présentent aux urgences en se plaignant de douleurs thoraciques, consécutives à des consommations plus importantes que d'habitude, souvent en contextes festifs. Rarement, un patient déclare qu'il s'agit d'une conséquence d'un abus d'usage de cocaïne. Comme le fait remarquer un professeur de cardiologie qui intervient dans un service d'urgence parisien : « vous n'arrivez pas aux urgences en disant : “comme je prends du crack, j'ai de la tachycardie” ». Cela peut arriver malgré tout, et notamment lorsqu'il s'agit d'usagers qui sont dans une reconnaissance de leur problématique d'addiction.

Les cardiologues rencontrent quelques demandes de consultations spontanées, mais elles sont plutôt rares. Les demandes que reçoivent les cardiologues sont souvent relayées par les services spécialisés ou font suite à un passage aux urgences après un épisode aigu.

5. Hospitalisation à la demande d'un tiers.

6. Hospitalisation d'office.

7. Injonction thérapeutique.

Nous n'avons pas de description de pareille demande pour des problèmes neurologiques. En ce domaine, seul l'épisode aigu est rapporté.

Les problèmes liés au mode d'administration de la cocaïne sont en revanche des domaines où des demandes de soins somatiques peuvent exister, mais dans des proportions très différentes selon chaque modalité. Bien que l'on ait pu penser que les destructions des muqueuses nasales liées au recours à cette voie d'administration aient pu être une occasion de demander des soins, si les soignants spécialisés l'évoquent, pour le chirurgien que nous avons rencontré, cela reste de l'ordre de « *l'histoire de chasse* ». Dans un service de chirurgie orthopédique et traumatologique d'un hôpital parisien, une grande partie des patients identifiés comme toxicomanes présente des problèmes d'abcès liés à l'injection. Toutefois, même si la cocaïne est impliquée dans un certain nombre de cas, l'équipe ne la distingue pas systématiquement des autres produits.

Parfois, certains messages de prévention font leur chemin et des consommateurs inquiets vont consulter dans une demande qui, au départ, s'apparente à un besoin d'information et de réassurance. Un cardiologue décrit ce type de demande rare malgré tout. « *Ils n'ont rien, ils ont juste des symptômes, ce sont des gens angoissés, et ils viennent nous voir parce qu'ils se disent : "si je prends ça, ça ne doit pas être très bien, donc je vais aller voir un docteur, il va me dire".* » Ces demandes peuvent être l'occasion de construire des adresses, cette fois-ci dans l'autre sens, en direction du soin spécialisé.

Car les demandes de soins somatiques sont aussi des opportunités de demandes pour des problèmes d'abus et de dépendance : « *on a des gens qui viennent parce qu'ils ont fait leur accident cardiovasculaire ou leur accident vasculaire cérébral, voir leur aggravation d'hépatite chronique, etc., et qui se fondent sur cette problématique somatique pour faire une demande de prise en charge et de sevrage ou d'amélioration de leur état* ». (Addictologie).

## LES DEMANDES EN LIEN AVEC UN PROBLÈME PSYCHIATRIQUE

*Pour décrire les demandes d'ordre psychiatrique, nous nous appuyerons sur l'ensemble des psychiatres intervenant en psychiatrie ou en addictologie.*

On peut se demander ce qui motive les usagers dans la « *tempête psychique* » que crée l'abus de cocaïne à aller demander une aide psychiatrique ?

Pour certains soignants, le craving en tant qu'expression de la dépendance peut s'apparenter à des troubles anxieux comme dans ce cas où un patient « fait des crises d'angoisse dès qu'il ne consomme pas de cocaïne ». Pour les praticiens interrogés, la perte de la maîtrise de la consommation engendre des troubles psychiatriques qui conduisent parfois à des demandes adressées à la psychiatrie. La perte de contrôle se trouve ici en place de cause des symptômes psychopathologiques. C'est donc à cette symptomatologie que le praticien se

trouve confronté dans un premier temps. Un médecin parisien définit ainsi les axes psychopathologiques qu'il rencontre lorsque le patient est débordé par sa consommation abusive : « *Ils se plaignent, (...) de leur incapacité à contrôler leur consommation, (...), et les conséquences que ça a. (...) ils deviennent paranoïaques, ils sont déprimés en période de descente* ».

Ce type de situations conduit certains patients à s'adresser à des services d'urgences psychiatriques. C'est le cas à Paris où un service reçoit « *très peu de demandes de sevrage* », mais plutôt « *des demandes qui sont liées à des contextes dépressifs, suicidaires, (...) C'est des gens qui sont au bout du rouleau, (qui) sont en difficulté avec leur environnement, qui veulent donner une caution à leur entourage, ou qui sont dans une situation de précarité qui s'aggrave et qui demandent une hospitalisation, (...). Alors ça, comorbidité ou non* ». (Psychiatre)

À la Martinique, la psychiatrie reçoit peu de demandes des usagers eux-mêmes. Les patients consommateurs de chlorhydrate, plutôt insérés ou hyper insérés, ont plutôt recours à des structures en dehors de l'île et les consommateurs de crack précarisés, comme nous l'avons vu, sont peu demandeurs d'aide, même lorsqu'ils sont en crise. Et lorsque c'est le cas, ils s'adressent plutôt aux dispositifs spécialisés en addictologie. Ainsi, les rencontres avec les services psychiatriques sont souvent à la demande de l'entourage familial ou social par le biais de demandes d'HDT ou d'HO : ils « *arrivent par le SAMU, (...) La famille signale, le SAMU vient, intervient avec les forces de l'ordre (...) il y a quasiment jamais de gens qui viennent d'eux-mêmes* », explique un médecin. Les demandes de suivi ambulatoire en CMP<sup>8</sup> sont rares, elles peuvent apparaître après une hospitalisation.

Dans le nord de Paris, les polyconsommateurs qui utilisent le crack arrivent la plupart du temps aux urgences « *dans les cas extrêmes (...) ce n'est pas eux qui viennent, ils sont amenés par les pompiers ou par la police* », remarque un psychiatre d'un service hospitalier. Ici aussi la demande de soin en ambulatoire n'est pas fréquente, mais existe parfois après un passage aux urgences.

À Toulouse, un médecin chef de secteur ne reçoit pas de demandes des patients directement orientées par les problèmes d'addiction à la cocaïne. Il s'agit, comme plusieurs psychiatres de l'enquête le formulent, de troubles « *bipolaires* » avec « *des complications addictives ou bien (...) une comorbidité addictive* ». Ces patients arrivent aussi par le biais des urgences, « *parce qu'il y a eu une crise, par exemple, qu'il y a eu dépression et tentative de suicide, souvent* ». Ou parfois, par l'intervention d'un travailleur social qui bute sur des problèmes d'insertion. Ces patients n'ont pas de réelles demandes, « *si ce n'est qu'ils ne vont pas bien* ». Mais la cocaïne n'est pas envisagée par les patients comme un problème qui fait l'objet d'une demande psychiatrique.

8. Centre médico-psychologique.

Par leur aspect délirant à contenus « narcissique » ou « mégalomaniac », les troubles psychotiques induits par la cocaïne peuvent parfois limiter dans un premier temps les demandes de soins. Mais une fois passé le sevrage, au terme de l'hospitalisation, de nouvelles demandes peuvent parfois émerger.

## LES DEMANDES EN LIEN AVEC UN PROBLÈME DE PÉRINATALITÉ

*Les demandes liées à un problème périnatal sont décrites à partir des témoignages de l'ensemble des professionnels rencontrés.*

Les problèmes de périnatalité en lien avec l'usage de cocaïne, peuvent faire l'objet d'une demande à un professionnel avant ou au début de la grossesse dans un souci de la future mère quant aux risques que sa consommation lui fait courir, à elle et à son bébé ; soit durant la grossesse du fait de complications ; soit après la naissance dans le cadre de la protection de l'enfance.

Plusieurs professionnels à Paris et Toulouse ont mentionné des cas où des mères consommatrices de cocaïne (souvent chlorhydrate) s'inquiétaient de leurs consommations dans la perspective de la mise en route d'une future grossesse. Un médecin hospitalier toulousain explique avoir eu quelque fois en consultation des femmes qui n'avaient pas l'impression d'être dépendante à la cocaïne mais qui souhaitaient arrêter avant d'être enceinte. À l'inverse, des femmes enceintes semblent découvrir que la consommation de cocaïne durant une grossesse est fortement contre-indiquée. Il s'agit parfois de femmes polyconsommatrices sous substitution aux opiacés, ou de consommatrices de l'espace festif qui utilisent la cocaïne plus ou moins régulièrement. Ainsi, un obstétricien constate que « *souvent (...) on leur apprend que la cocaïne, c'est vraiment, en tout cas pour l'obstétrique, une drogue qu'on ne peut pas accepter* ».

Durant la grossesse, des problèmes peuvent survenir accidentellement, mais très peu de cas ont été rapportés sur les trois sites. Les services confrontés à ces situations s'en étonnent finalement. Car, malgré des modes de vie parfois extrêmement précaires et chaotiques qui ne permettent que rarement des suivis réguliers, « *la grossesse même ne se déroule pas si mal que ça par rapport à ce que cela aurait pu être* », constate un médecin confronté au crack à la Martinique.

Restent les problèmes après la naissance où la consommation compulsive de cocaïne, et notamment de crack, n'est pas sans conséquence sur la relation mère-enfant. Le problème de la protection de l'enfance se pose. La discontinuité brutale de la relation mère-enfant du fait de l'intermittence des phases de consommation et d'abstinence rend difficile l'accompagnement et peut constituer des mises en danger de l'enfant. « *Quand tout va bien, tout va bien, mais quand elle est en manque, avec le bébé, elle peut faire n'importe quoi. Le bébé*

est en danger », explique un médecin. Un pédopsychiatre parisien constate que « *si le tissu familial autour de l'enfant n'existe pas, il n'y a pas d'alternative* », un accueil de l'enfant est nécessaire. Pour éviter ces mesures de séparation certaines mères demandent une prise en charge avec leur enfant.

## **DISCUSSION**

### **Demandes de soins pour les problèmes d'abus d'usage et de dépendance**

Le peu de demandes globalement perçues par les acteurs de santé de l'enquête trouve des explications à différents niveaux.

Étant donné que les profils d'usagers de cocaïne sont très hétérogènes, il est clair que certains sous-groupes de consommateurs ont un manque de connaissance des dispositifs susceptibles de les aider, qui retarde probablement la rencontre avec ces dispositifs. L'absence d'identification par les usagers de réponses pour l'usage problématique de cocaïne est probablement un facteur qui les maintient à distance du soin.

Il apparaît que la cocaïne ne devient un problème susceptible de faire l'objet de demande d'aide que lorsque le développement de la consommation produit des conséquences néfastes pour l'utilisateur, lorsque le « *piège se referme* » et que le consommateur a développé des phénomènes de tolérance et de dépendance qui le confrontent à la fois à la nécessité et à l'impossibilité d'arrêter.

La mise en perspective du début de la diffusion plus large de l'usage de cocaïne en France après 2001<sup>4</sup>, et l'apparition de demandes dans les endroits qui ont plus ou moins affiché une visibilité d'offre coïncide à cette période de maturation des problèmes nécessaire à leur émergence. En revanche, la stabilité des demandes dans le dispositif pris dans son ensemble indique probablement une absence de réponse repérée et repérable dans la globalité de celui-ci.

Le processus qui mène d'une consommation ponctuelle et festive à un usage chronique et problématique s'avère la plupart du temps long, et c'est un point qui peut aussi en partie rendre compte à la fois du peu de demandes, mais aussi de l'augmentation récente de celles-ci. Tous les usages problématiques chroniques ne conduisent pas à demander une aide dans un service spécialisé, mais pour l'essentiel, les demandes sont des aboutissements de situations dégradées et souvent multi problématiques.

Enfin, le niveau actuel de la diffusion de la cocaïne en France est un facteur à prendre en compte dans la compréhension du faible niveau de demandes spécifiques. Certes les indicateurs sont à la hausse, mais ce niveau est-il suffisamment élevé pour faire apparaître de façon significative des problématiques soma-

tiques, psychiatriques ou périnatales repérables chez le praticien dans le cadre de demandes de soins spontanées (en dehors des situations d'urgences) ? Les prévalences d'usage de cocaïne restent encore moins élevées que dans d'autres pays européens et bien moins importantes que celles des États-Unis au moment où les travaux épidémiologiques sur les problèmes de la cocaïne ont été réalisés.

### **Autres demandes de soins**

Pour les demandes concernant les autres problèmes somatiques, psychiatriques ou périnataux, dans la mesure où, comme nous le verrons dans la deuxième question évaluative, il existe des problèmes aigus qui amènent des usagers à rencontrer des acteurs de santé en dehors de toute demande, il nous faut envisager d'introduire d'autres niveaux explicatifs qu'une diffusion encore insuffisante.

Le matériel recueilli montre que dans une certaine mesure, lorsqu'il y a une demande, celle-ci est souvent le résultat d'un travail en amont dans un service spécialisé ou la suite d'un épisode aigu. Pour qu'un usager présente une demande d'aide pour un problème de santé en indiquant sa consommation de cocaïne comme étant éventuellement responsable, il lui faut accepter l'idée que cette consommation puisse avoir un lien avec son problème de santé.

Pour les demandes liées à des problèmes psychiatriques, il n'est pas toujours facile de distinguer entre conséquences psychiques des consommations abusives de cocaïne et problèmes de comorbidités psychiatriques ; de même que de différencier les problèmes d'ordre psychiatrique des problèmes d'addiction<sup>9</sup>.

La difficulté des consommateurs à établir des causalités montre que les représentations sur la cocaïne comme facteur de risques sanitaires sont insuffisamment ancrées dans la population française.

Ainsi, en aidant les usagers à prendre conscience des problèmes somatiques, psychiatriques ou périnataux en lien avec l'usage de cocaïne et en les relayant, les acteurs spécialisés facilitent l'accès aux soins.

### **DEMANDES DE SOINS EN LIEN AVEC L'USAGE DE COCAÏNE RENCONTRÉES PAR LES PROFESSIONNELS. POINTS CLÉS DE L'ENQUÊTE :**

- Des représentations de la cocaïne empêchent les consommateurs d'établir des liens entre leurs consommations et les problèmes de santé qu'ils rencontrent.

9. Dès lors que l'on établit une distinction entre problèmes d'addiction et problèmes d'ordre psychiatrique, soit à considérer comme certains acteurs qu'il s'agit de problèmes relevant de deux champs distincts, soit à faire des problèmes d'addiction un sous-ensemble homogène et autonome des problèmes psychiatriques, comme le pensent d'autres acteurs.

- Les demandes de soins se constituent la plupart du temps dans des moments de crise.
- Les professionnels spécialisés notent une tendance à demander et à réaliser des hospitalisations contraintes pour les usagers de crack qui ne sont pas « demandeurs » de soin.
- Les professionnels spécialisés en addictologie observent que la plupart des demandes d'aide chez les consommateurs de cocaïne sont motivées par un niveau important de problèmes conséquents à des usages nocifs répétés. Elles concernent toutes sortes de catégories sociales et font suite à des problèmes sur les plans sanitaires et sociaux en lien avec la consommation.
- Sur les trois sites de l'enquête, des professionnels font état d'une augmentation des demandes de soin pour des problèmes d'abus d'usage ou de dépendance à la cocaïne chez des sujets jeunes.
- L'entourage familial ou professionnel se trouve souvent à l'origine d'une demande de soin.
- Les problèmes liés au mode d'administration de la cocaïne génèrent des demandes de soins somatiques dans des proportions très différentes selon chaque modalité d'usage. Elles sont relativement significatives pour les conséquences de l'injection, bien moindres pour la voie nasale ou pour l'inhalation à chaud de cocaïne base.
- Les demandes d'arrêt de la consommation liées à la périnatalité peuvent apparaître avant ou au début de la grossesse dans une préoccupation des risques que l'usage fait courir à la mère et au bébé ; durant la grossesse du fait de complications obstétricales ; après la naissance dans le cadre de la protection de l'enfant.
- L'investigation ne fait pas apparaître beaucoup de demandes pour des problèmes somatiques en lien avec des consommations de cocaïne. Toutefois, des personnes se présentent parfois aux urgences en se plaignant de douleurs thoraciques qui peuvent faire suspecter un usage nocif sans qu'il ne soit toujours établi un diagnostic.
- Les cardiologues rencontrent quelques rares demandes de consultation relayées par les services spécialisés en addictologie ou faisant suite à un passage aux urgences.

1. Palle C., Chabane C., Lemieux C., Prisse N., Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en 2004, Tableau 11, p.14, OFDT, décembre 2006.
2. Palle C., Jean-François M., Les équipes de liaison en addictologie en 2005, OFDT, octobre 2007.
3. Données injonction thérapeutique DDASS de Paris, 2006, non publiées.
4. Bello P-Y. et al, Phénomènes émergents liés aux drogues, 2001, Rapport TREND juin 2002, OFDT.

## COMMENT LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CARACTÉRISENT-ILS LES PROBLÈMES RENCONTRÉS PAR LES USAGERS DE COCAÏNE ET DE CRACK QU'ILS CÔTOIENT ?

### USAGES NOCIFS ET ADDICTION

*Nous utiliserons l'ensemble des matériaux recueillis auprès des acteurs du champ spécialisé en addictologie (CSST<sup>1</sup>, service hospitalier, première ligne, médecin généraliste de réseau ville hôpital) pour décrire les états d'épuisement général qu'ils caractérisent dans les situations d'usage nocif et d'addiction à la cocaïne.*

### Usages compulsifs, usages nocifs : un état d'épuisement

L'épuisement général, accompagné d'amaigrissement, de troubles du sommeil, d'irritabilité, est un signe de l'usage abusif compulsif. « *Très abîmés (...) au bout du rouleau* », décrit un médecin toulousain, c'est souvent dans cet état de fatigue généralisé que le soignant spécialisé rencontre l'utilisateur de cocaïne. Après des épisodes de consommation particulièrement intense, pour certains consommateurs, la fatigue est extrême et le manque de sommeil accumulé conduit parfois la personne à « *s'endormir debout, (...) et s'écrouler, (...) tu te demandes si elle ne fait pas un arrêt cardiaque, non, elle s'endort, elle s'endort en sursaut* », explique un psychiatre d'un CSST parisien.

Quel que soit le profil social du consommateur, c'est souvent dans un « burn-out total, par rapport à leur vie et la consommation », qu'un psychiatre d'un CSST parisien rencontre « *les bien insérés ou (...) les pas bien insérés* ».

Ce problème typique de l'abus d'usage de la cocaïne est rapporté par quasiment tous les acteurs spécialisés en addictologie. La perte de poids varie selon l'intensité et la durée de l'épisode de consommation, et peu atteindre parfois des

---

1. Centre de soins spécialisés aux toxicomanes.

niveaux spectaculaires. Des pertes pondérales d'une vingtaine de kilos sur « quelques mois » sont mentionnées par les acteurs interrogés. À Toulouse, un médecin rapporte le cas d'un patient qui s'est « fait déborder complètement par la cocaïne (...) il a perdu 20 kg » et c'est son entourage qui a « donné l'alerte ». Si l'importance de la perte pondérale n'atteint pas toujours ce niveau, l'amaigrissement est observable « à l'œil nu » : ils « fondent comme neige au soleil, (...) se retrouvent dans des situations de dénutrition » (CSST, Paris). Un médecin martiniquais d'un service d'addictologie trouve que les patients consommateurs de crack « en général sont des gens (...) maigres, dénutris la plupart du temps ».

Les problèmes d'amaigrissement sont observés aussi par toutes les structures de première ligne. « On a beaucoup de dénutrition, enfin ils se nourrissent mal, ils sont amaigris », constate un médecin généraliste intervenant dans une structure de première ligne à la Martinique. Le constat est identique à Paris : « Les pathologies liées au crack, (...) c'est la dénutrition. Les gens quand ils consomment beaucoup, (...) ne mangent plus, (...) perdent plusieurs kilos rapidement... » (Médecin généraliste, Paris). Ces observations sont partagées par les structures de première ligne toulousaines qui accueillent des injecteurs de chlorhydrate.

Le médecin généraliste est un observateur de l'état de santé global et de ses marqueurs. L'état général, de fatigue, d'amaigrissement, de troubles du sommeil est caractéristique de patients présentant une addiction à la cocaïne en phase de consommation intense et compulsive. Un médecin généraliste pense « qu'il faut s'interroger devant toute personne maigre, dénutrie. On a peur de foutre une étiquette à quelqu'un, mais je crois qu'il faut y penser. Il faut que le médecin n'ait pas peur de poser des questions ».

## Cocaïne et addiction

La consommation de cocaïne chez le sujet dépendant s'observe fréquemment comme une succession de phase alternant consommation intense et non interrompue et phase de repos sans consommation. Ce schéma de consommation général se rencontre dans des formes plus ou moins caractéristiques selon les situations sanitaires et sociales des consommateurs. Les sommes d'argent consacrées à la consommation et l'état global de santé intervenant comme des régulateurs de phase.

Le modèle des allers-retours du crackeur martiniquais qui vit chez ses parents à la campagne et qui « descend » consommer en ville est illustratif de cette consommation discontinue. « Ils se défoncent complètement dans le ghetto au Lamentin<sup>2</sup>, c'est vraiment la caricature, au bout de 48 heures, 72 heures, ils

2. Commune de la Martinique.

*sont complètement vidés, ils prennent le bus, ils rentrent à la maison, ils vont dormir chez les parents pendant 2-3 jours, au bout de 3 jours, ils piquent un truc dans la maison, ils redescendent, le revendent et c'est reparti.* » (Martinique).

La question du coût de la consommation et de ses conséquences sur le plan social et judiciaire est considérée par les professionnels spécialisés comme une caractéristique spécifique de l'addiction à la cocaïne : « *ça leur coûte un argent fou, certains se mettent quand même en danger avec la loi parce qu'ils ont besoin de fric* ». (Paris).

Les conséquences psychosociales de l'addiction au crack peuvent se déployer très vite, notamment chez des patients déjà engagés dans des consommations et qui, à l'occasion d'un passage existentiel difficile, peuvent connaître un épisode d'usage intense les faisant basculer très rapidement dans une situation de grande précarité. Certains soignants ne perçoivent alors que la « *dégringolade fulgurante* » sans voir les mouvements plus profonds sur le plan de la trajectoire psychosociale et de la globalité de la dynamique de consommation souvent ancienne, qui ont conduit à ce qui est perçu comme une « *catastrophe* ». À propos d'une patiente suivie dans un centre spécialisé, un psychiatre explique : « *elle s'est clochardisée à une vitesse grand V. En 10 jours, le crack, c'est vrai que (...) c'est impressionnant* ». (Psychiatre).

L'accélération des conséquences à la suite d'une consommation intensive n'est pas l'apanage du crack que chez l'usager précaire. On peut aussi retrouver cela chez l'injecteur ou le sniffeur compulsif de cocaïne chlorhydrate.

Un médecin qui a longtemps accompagné des héroïnomanes et qui aujourd'hui accompagne des personnes qui consomment du crack fait la comparaison des deux formes d'addiction sans aucune ambiguïté : « *Cette accroche avec le crack, est tout à fait stupéfiante, même dans des conditions extrêmes, ils continuent d'aller en chercher. (...) de ce point de vue-là, c'est pire que l'héro (...) ça, ça n'a rien à voir (...) c'est dans un autre rythme, ce n'était pas du tout avec la même violence* ». (CSST)

De fait, c'est par la visibilité des conséquences néfastes sur le plan socio-sanitaire que l'addiction se révèle aux acteurs. La poursuite des consommations malgré les situations difficiles que connaissent les usagers indique la dépendance psychique. Le craving, ce besoin impérieux de consommer qui conduit le sujet à rechercher et à consommer le produit, caractérise les problèmes d'abus et de dépendance à la cocaïne, pour les professionnels spécialisés qui sont régulièrement confrontés à ce type d'usage.

## **TROUBLES PSYCHIATRIQUES**

*Nous décrirons comment les acteurs caractérisent les troubles psychiatriques à partir de l'ensemble du matériel recueilli auprès des professionnels spécialisés en addictologie et en psychiatrie.*

## **Les troubles psychiatriques premiers problèmes rencontrés par les acteurs spécialisés en addictologie**

Les problèmes psychiatriques sont très fréquemment mentionnés et décrits par les soignants du champ spécialisé. Certes, parce que comme l'indique la littérature, les troubles psychiatriques sont très présents, mais aussi du fait que beaucoup d'acteurs interrogés de ce secteur sont des psychiatres. Leur sensibilité et leur acuité à ces questions sont donc maximales. Avec le crack, « *il me semble que le premier problème, c'est un problème psychiatrique* », c'est ainsi que dans l'ensemble des questions de santé, un addictologue situe la place des problèmes psychiatriques. Ce constat est aussi valable pour la cocaïne chlorhydrate.

Ainsi, pour les équipes de liaison en addictologie, les problèmes psychiatriques arrivent en tête des différentes problématiques qu'ils sont amenés à rencontrer. Car, avec la cocaïne, « *les troubles psychiques, quand même, sont majeurs* » (ECIMUD<sup>3</sup>, Toulouse).

### **Troubles liés à l'usage de cocaïne et troubles psychiatriques : une intrication complexe**

Comme le montre la littérature, les rapports entre cocaïne et troubles psychiatriques méritent d'être distingués entre, d'une part les entités psychopathologiques pour lesquelles des dynamiques particulières avec la cocaïne se développent ; et d'autre part, avec les troubles induits par des consommations abusives ou chroniques de cocaïne. Cette distinction n'apparaît pas toujours explicitement dans les discours recueillis, mais en constitue la toile de fond.

Les acteurs spécialisés en addictologie caractérisent les problèmes psychiatriques autour de trois grands axes nosographiques : les troubles psychotiques organisés eux-mêmes par deux pôles (schizoïde et paranoïde), les troubles anxieux et dépressifs et les troubles bipolaires.

Les médecins qui interviennent à partir du champ psychiatrique quant à eux mentionnent pour l'essentiel des troubles de la personnalité, des troubles bipolaires, des troubles dépressifs, et la schizophrénie.

Si les « *psychiatres addictologues* » décrivent plus précisément les troubles induits par le produit que leurs confrères « *psychiatres généralistes* », en revanche, ceux-ci caractérisent plus fréquemment les troubles bipolaires.

Dans les descriptions des psychiatres addictologues, les troubles bipolaires et la schizophrénie s'inscrivent exclusivement dans le cadre de pathologies autonomes pour lesquelles la cocaïne prend différentes valeurs fonctionnelles.

3. Équipe de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues (unité hospitalière transversale).

Ils caractérisent les autres troubles psychotiques et les symptomatologies anxio-dépressives, soit en les inscrivant dans des logiques de troubles transitoires induits par la cocaïne, soit en tant que pathologies autonomes entretenant avec le stimulant des dynamiques comorbides.

Pour plusieurs praticiens interrogés, il n'est pas toujours facile de distinguer entre troubles induits et comorbidités autonomes chez les patients consommateurs de cocaïne. En effet, les symptomatologies sont intriquées. De plus, il existe un mimétisme dans l'expression des troubles induit par la cocaïne avec certaines symptomatologies, ce qui complexifie le diagnostic : « *Quand ils arrivent (...) en phase aiguë (...) elle peut être induite, provoquée ou associée à la décompensation* », explique un psychiatre.

Parmi les intervenants de première ligne, nombreux sont ceux qui ont été confrontés à un consommateur aux prises avec une activité psychique délirante. « *“On a mis un micro dans mon tee-shirt” (...) ; “on me suit, on m'espionne”. Des trucs de paranoïa, comme ça, chez des gens qui l'étaient un peu moins quand ils n'avaient pas fumé. Est-ce que ce sont des gens qui sont déjà avec une structure paranoïaque, et pour qui le produit renforce cette structure ?* », s'interroge un intervenant d'un dispositif de première ligne parisien.

Les rapports de la cocaïne avec les troubles comorbides, à l'instar de tous les psychotropes auto administrés sont envisagés dans les théories psychopathologiques, comme une automédication de l'usager d'un ou de plusieurs de ses symptômes<sup>4</sup>. Un psychiatre de secteur constate que les usagers, « *avec la cocaïne, ils essaient de s'auto soigner pour se maintenir à flots. (...) du fait de ces problèmes psychiatriques, plus l'effet des produits, au quotidien, cela fait qu'ils perdent tout, qu'ils s'enfoncent dans leurs problèmes* ». C'est aussi le constat d'un médecin des urgences psychiatriques qui étend à la cocaïne le rôle d'automédication que pouvait avoir le cannabis pour certains patients psychotiques : « *notamment les schizophrènes qui utilisent aussi la cocaïne et pas seulement le haschisch comme il y a quelques années pour se traiter* ». Dans les cas « d'automédication », l'arrêt de la consommation au moment de l'hospitalisation améliore l'état du patient. Un psychiatre hospitalier de Paris rencontre « *des gens qui pensaient qu'ils fumaient parce qu'ils étaient déprimés et qui s'aperçoivent qu'en arrêtant le produit ils sont moins déprimés* ».

Finalement, trois principaux types de comorbidités psychiatriques sont repérés chez les usagers de cocaïne par les psychiatres interrogés : les troubles bipolaires, des schizophrénies et des troubles dépressifs plus ou moins sévères. Dans ces cas, la cocaïne agit de manière transitoire sur l'expression des symptômes.

4. Cette hypothèse encore largement répandue est discutée depuis les récentes découvertes de la neurobiologie de la dépendance et de la tolérance, voir à ce sujet l'article de Maremmani I., et coll, Double diagnostic chez les héroïnomanes. Aspects cliniques et thérapeutiques, *Flyers*, Hors série N° 3 vol 1, septembre 2004, p. 22-24.

## Troubles psychotiques induits ou comorbides

Pour les troubles psychotiques, un addictologue distingue ceux qui « quand ils ne consomment pas n'ont pas de symptômes psychotiques et quand ils consomment en ont », de ceux qui ont un trouble de la personnalité en dehors de toute consommation. Un psychiatre qui intervient dans le soin aux toxicomanes depuis de nombreuses années est surpris par l'induction de troubles psychotiques chez des patients pour qui il ne diagnostiquait pas ce type de troubles avant leur consommation de crack. Pour ce médecin, le crack a « *un impact brutal* ». « *J'étais très impressionné (...) par la présentation de mes patients que je connaissais bien, qui n'étaient pas psychotiques avant, donc (...) de les voir comme ça, c'est très très étrange* ». (Paris). Pour d'autres cliniciens, les symptômes psychotiques induits par la consommation de cocaïne surviennent progressivement. Ainsi pour cet addictologue, « *l'épisode psychotique sous crack survient de façon assez progressive pas très brutalement, (...) sous la forme d'une parano, d'une angoisse et de propos qui deviennent de plus en plus persécutifs* » (Martinique). Il convient certainement de distinguer entre des troubles qui s'installent progressivement dans la durée, et qui résultent d'une consommation assidue et le « *délire aigu cocaïnique* » lié à un surdosage.

Les phases aiguës prennent parfois des aspects hallucinatoires pas toujours de type persécutif. Ainsi dans les descriptions que font les soignants spécialisés des symptomatologies psychotiques induites par la cocaïne, plusieurs axes se mêlent, composant des tableaux « *avec principalement des idées de référence, mais aussi des hallucinations visuelles et auditives* », explique un psychiatre addictologue. Pour certains auteurs<sup>1</sup>, le crack induit deux tableaux de type psychotique : l'état paranoïaque transitoire et le comportement de recherche stéréotypé. Une addictologue parisienne constate qu'elle ne voit pas beaucoup de patients qui présentent ce tableau où l'utilisateur cherche de façon compulsive des fragments de crack égarés. Pour elle, il ne s'agit pas des mêmes problématiques. « *Ce ne sont pas les mêmes qui vont faire les symptômes psychotiques et ceux qui vont faire ça ! Ceux qui font ça, ils sont plus dans un registre anxieux (...) où le crack... leur donne des symptômes obsessionnels. L'obsession idéative, c'est : "j'en ai plus, il faut que j'en trouve" et les compulsions, c'est les rituels de vérifier dix fois dans les poches (...) Il y en a moins que des idées de références (...) l'idée de référence, c'est : "Je suis dans la rue, le type qui me regarde, qu'est-ce qu'il me veut, il me cherche ? Il me suit ? Les gens me regardent bizarrement..." (...) font référence à moi, par leur regard ou quand on parle dans la rue, "c'est de moi qu'on parle"...* »

Les lieux de réductions des risques sont aussi des lieux d'observation de comportements aberrants chez des sujets présentant des états hallucinatoires consécutifs à des consommations importantes de cocaïne et notamment de crack. Un intervenant parisien décrit ce à quoi il est confronté : « *Il y a des hallucinations, (...) ils voient des vers, des bêtes sous la peau... des heures à*

*expliquer. À la fin, ils font semblant de te croire, ils sont persuadés qu'ils ont vu des bêtes ; il y en a même un qui en a capturé dans une boîte d'allumettes, il me les a amenées, il n'y avait rien dedans ».*

Ces symptomatologies induites se distinguent des troubles psychiatriques comorbides aggravés par la consommation de cocaïne. La psychiatrie est confrontée à des patients usagers ponctuels ou réguliers, abusifs ou addictifs présentant avant tout un trouble psychiatrique comorbide. « *Nous, on n'est pas amenés à voir quelqu'un qui n'a pas de problème psychiatrique, mais qui a pris (juste) une grosse dose de crack (...) et qui s'est mis à décompenser, puis, au bout de quelques jours, il n'y paraîtra plus. Ce ne sont pas du tout les gens qu'on rencontre. Ça, ce n'est pas grave* ». (secteur de psychiatrie publique).

### **Troubles bipolaires et cocaïne**

L'autre entité pathologique psychiatrique susceptible d'être rencontrée en service de soin spécialisé, quoique moins fréquemment cités par les soignants interrogés, ce sont les psychoses maniaco-dépressives, connues aujourd'hui sous l'appellation de troubles bipolaires ; plus souvent décrites par des psychiatres en services hospitaliers d'addictologie que dans les traditionnels CSST. Il semble que les patients pour qui ce diagnostic est posé sont moins fréquemment rencontrés dans les circuits de l'addictologie dont l'ancrage est moins « psychiatrique ». De façon générale, lorsque les troubles bipolaires sont diagnostiqués, ils sont pris en charge par la psychiatrie, lorsque cela est possible. En faisant l'inventaire des types de patients de sa file active, un psychiatre addictologue parisien en trouve « *un éventuellement (...) qui est bipolaire ; c'est intéressant, c'est une histoire de dépendance ancienne aux amphétamines, puis cannabis, alcool, médicaments, cocaïne, avocat de bon niveau* ». Un autre psychiatre qui intervient conjointement en service psychiatrique et dans un service d'addictologie identifie cette différence pour ces patients qui sont effectivement moins rencontrés en service d'addictologie qu'en psychiatrie « *classique* ». « *Il y a un autre sous-groupe, mais qui est en fait marginal et qu'on voit plus en hospitalisation ou en consultation psychiatriques, qui sont des patients qui ont un vrai trouble psychiatrique, qui est leur maladie principale, sur laquelle se greffent des abus de cocaïne, qui sont, par exemple, des patients bipolaires qui, dans les phases d'excitation, ont des phases d'abus de cocaïne* ». La question du traitement de l'addiction à la cocaïne ne se pose pas de façon systématique pour les patients bipolaires, même si la prévalence des troubles liés à l'usage de drogues illicites est supérieure chez ces patients que chez ceux présentant des troubles schizophréniques<sup>2</sup>.

Enfin, remarquons que les contextes psychosociaux des patients pour qui un diagnostic de trouble bipolaire est posé sont plus fréquemment associés par les soignants spécialisés en addictologie à la cocaïne chlorhydrate et à des milieux sociaux plus insérés ou favorisés.

## Cocaïne et dépression

Les troubles dépressifs sont fréquemment caractérisés chez les patients usagers de cocaïne. Une partie de ces troubles est induite par la cocaïne, l'autre relève de comorbidités pour lesquelles la cocaïne a un rôle aggravant. Avec les troubles de l'humeur, la question de l'interdépendance des troubles se repose puisque leur association aux périodes de sevrage est identifiée et connue. Cette constance est rapportée par les soignants spécialisés qui, à l'instar de ce médecin généraliste d'un CSST à Paris, identifient deux principales conséquences sur le plan psychiatrique à la consommation abusive de cocaïne : « *les conséquences, (...) c'est un peu toujours les mêmes (...) ils deviennent paranoïaques, ils sont déprimés en période de descente...* ». Même chose pour un médecin martiniquais qui remarque que « ce qui revient souvent c'est quand même les troubles de l'humeur soit dépressifs ou (...) hyper irritabilité ».

Le risque serait de ne pas distinguer entre trouble de l'humeur dû à l'absence de consommation et troubles dépressifs autonomes. Car avec la cocaïne, et a fortiori le crack, « *il y a une dimension aussi dépressive* », remarque un médecin directeur d'un CSST. Pour lui, le contraste entre la phase où « *ils sont quasiment hypomanes* » et celle où ils arrêtent, entraîne mécaniquement une phase de « *presque post-stress* ». Et il ne s'agit pas de « *la phase, de la récupération immédiate* », consécutive au sevrage qui peut durer plusieurs semaines.

Cette dimension dépressive, liée à l'intoxication elle-même et à ses processus neurobiologiques, ne fait pas oublier que chez certains cocaïnomanes insérés voire hyper insérés en recherche d'amélioration des performances quel qu'en soit le domaine, « il y a quand même toujours une espèce de constance de terrain dépressif », explique un psychiatre d'un CSAPA<sup>5</sup>. « *Un terrain au minimum anxio-dépressif, articulé à une estime de soi (...) relativement fragile puisque la démarche de dopage part de la certitude qu'ils ont d'être incapable d'y arriver sans recours à un produit quelconque* ».

## Hyperactivité et cocaïne

En plus de la distinction entre troubles induits par la cocaïne et troubles de la personnalité sous-jacents, la problématique des « *patients adultes hyperactifs* » avec un déficit attentionnel est caractérisée dans ses liens avec l'usage de la cocaïne sur les trois sites. « *Je ne peux pas vous dire que ce soit très important en quantité, mais c'est quand même un phénomène notable (...) c'est un diagnostic qui est très à la mode, et on voit des gens qui viennent qui sont dans un état d'excitation, et qui disent que leur problème c'est l'hyperactivité de l'adulte (...) Anciennement, on aurait cherché du côté de l'état maniaque, d'épi-*

5. Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, anciennement CSST.

*sode maniaque, de trouble bipolaire, ou de la consommation de produits, ils disent : “mais non, mais non”. Moi j’en ai vu plusieurs, c’est régulièrement associé à des troubles du comportement, violence, etc., c’est associé à des jeux pathologiques, et puis ce sont des gens quand même qui consomment des choses, et qui, par le biais de l’hyperactivité de l’adulte, souhaitent être adressés à des consultations spécialisées, lesquelles dispensent de la Ritaline®.* » (Psychiatre hospitalier, Paris).

Certains patients qui trouvent leur état psychique amélioré avec la cocaïne peuvent être diagnostiqués pour un Trouble Déficitaire de l’Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH), Ainsi, un psychiatre parisien avait, quelques jours avant l’entretien, reçu en consultation une patiente « *qui disait se sentir plus calme sous cocaïne. Il s’est avéré que c’était un trouble avec déficit attentionnel et donc elle a été mise sous Ritaline®* ». Des consultations spécialisées se développent et des informations sont disponibles sur Internet. Une association de type Narconon ou Alcooliques Anonymes, existe pour ce type de trouble : les Déficitaires et Déficitaires Attentionnels Anonymes. Des patients se reconnaissent dans les descriptions symptomatiques qui sont proposées ici ou là et se diagnostiquent un TDAH. Un psychiatre s’étonne de ses auto diagnostics de plus en plus fréquents : « *Il y a actuellement à Paris, des consultations spécialisées, pour les troubles de l’hyperactivité de l’adulte. (...) ce qui me paraît étonnant maintenant, des gens qui arrivent aux urgences en ayant fait leur diagnostic. En disant, en fait je suis un hyperactif qui n’a pas été diagnostiqué* ». Le traitement médicamenteux recommandé pour ce type de trouble est le méthylphénidate<sup>6</sup>, il est assez facile d’obtenir cette information. On peut se demander si derrière ce diagnostic de plus en plus fréquent, une demande de Ritaline® n’est pas en train d’émerger. Des consommateurs de cocaïne sont aussi dans cette démarche de diagnostic de TDAH avec demande de Ritaline®.

### **Adolescents, cocaïne et troubles psychiatriques**

Les équipes de liaison mentionnent différentes problématiques psychiatriques déjà caractérisées par la psychiatrie et les services ou centres spécialisés en addictologie. Parmi les problèmes psychiatriques que rencontrent certaines équipes de liaison, il existe celui des adolescents hospitalisés en psychiatrie. Les consommations de cocaïne sont présentes dans ce sous-groupe de population. Pour certains adolescents, il s’agit de consommations expérimentales et ponctuelles, pour d’autres les rapports avec la cocaïne sont plus problématiques. Dans tous les cas, des problèmes de décompensations se posent pour des sujets vulnérables, souvent polyconsommateurs, notamment d’alcool ou de cannabis. Actuellement, les soignants identifient des « *adolescents hospi-*

---

6. Ritaline®.

*talisés en psychiatrie (...) pour qui la cocaïne est un produit d'expérimentation occasionnelle* ». Et pour certains « *la cocaïne était déjà un produit plusieurs fois consommé, les faisant disjoncter sur un mode délirant et paranoïaque.* » (Paris). Ces consommations s'inscrivent dans des situations familiales perturbées ou conflictuelles et dans un ensemble de conduites à risque plus large que l'usage de substances psychoactives. Certains adolescents consommateurs plus ou moins réguliers de cocaïne sont hospitalisés pour des problèmes d'ordre psychiatrique suite à des situations « *d'errance, de fugues, de violence à la maison, (...) certaines filles dans un contexte de relation sexuelle facilitée sous cocaïne* » (Paris).

En Martinique, l'équipe de liaison rencontre aussi des situations de jeunes consommateurs dont la consommation, ici de crack, s'inscrit aussi dans des trajectoires familiales et sociales difficiles.

Ces décompensations peuvent concerner aussi des consommateurs assez jeunes, car si le cannabis ou les drogues de synthèse sont souvent cités comme à l'origine de problèmes psychiatriques aigus chez des adolescents ou des adultes jeunes, la cocaïne peut aussi être en cause. Un psychiatre d'un CSST parisien observe chez des jeunes consommateurs abusifs, des tableaux où dominent de « *grandes crises d'angoisse, panique, (...) troubles de type parano* ».

## COCAÏNE ET URGENCES

*Seuls les professionnels intervenants dans des dispositifs d'urgence médicale sont pris en compte dans cette partie.*

### Urgences et cocaïne, des motifs de rencontre pluriels

À quels types de problèmes les services d'urgences sont-ils confrontés avec la cocaïne chlorhydrate ou base ? « *Toxicomanes en tous genres et violences secondaires aux problèmes de la toxicomanie* », a déclaré spontanément un urgentiste à Paris.

Un médecin d'un service d'urgence parisien résume les motifs de recours aux urgences en lien avec l'usage de cocaïne selon deux types de situation : « *Un, ils ont des problèmes de surconsommations volontaires ou accidentelles. Deux, des problèmes de violences secondaires à la drogue* ». Un confrère travaillant dans un autre service de réanimation d'un hôpital parisien, constate que la cocaïne est responsable de principalement trois voies d'entrées possibles en réanimation : « *l'agitation motrice, les convulsions* », la plus fréquente ; la « *poussée d'hypertension artérielle maligne* » ; et « *l'insuffisance coronaire* ».

À la Martinique, un médecin estime que ce sont les problèmes de traumatologie qui sont les principales causes de passage aux urgences : « *Je peux dire*

que le gros passage des patients se fait (...) essentiellement sur la chirurgie, alors éventuellement, également la médecine. (...) Ils sont impliqués souvent dans des accidents sur la voie publique et sur des agressions. (...) c'est quelque chose de fréquent. »

Un grand nombre des patients rencontrés aux urgences pour des troubles somatiques en lien avec la cocaïne présente des troubles qui ne nécessitent pas une hospitalisation. « *Parce qu'en fait généralement, ce sont des manifestations qui sont rapidement réversibles, que ce soit la poussée d'hypertension, que ce soit l'agitation, la crise convulsive ou la douleur coronarienne, généralement, c'est réversible. Les accidents lésionnels définitifs sont rares. L'accident vasculaire cérébral constitué, un infarctus du myocarde, c'est quand même assez rare. C'est possible, mais c'est rare. Généralement, c'est des troubles qui disparaissent avec la disparition de la cocaïne. Et la durée est assez courte* », explique un médecin réanimateur à Paris.

Liés à des surdosages et/ou des associations de produit et notamment l'alcool, les patients présentent des syndromes anxieux, avec ou sans agitation, accompagnés ou pas d'une douleur ou d'une oppression thoracique. Ce type de syndrome est indifférent à la forme chimique de la cocaïne et aux modes d'administration, il se rencontre aussi bien avec des sujets qui ont injecté, sniffé ou fumé. Parfois ce type de syndrome débouche sur une réelle pathologie vasculaire.

Pour une part, il s'agit de complications post-festives : des usages nocifs liés à des abus d'usage en contextes festifs. Ce type de situation clinique est aussi « *la raison pour laquelle les cocaïnomanes "bobos", entre guillemets, viennent. (...) C'est souvent pour ça. Tachycardie<sup>7</sup>, "je tremble", "j'ai des fourmis", "je ne suis pas bien".* » (Urgentiste, Paris).

À Toulouse, les patients qui passent aux urgences à la suite d'un épisode de consommation intensive de cocaïne associée à des consommations plus ou moins lourdes d'alcool, sont plutôt des patients jeunes. Pour un urgentiste, il s'agit essentiellement de « *jeunes qui tolèrent mal la prise dans les heures qui suivent* ».

Le passage post-festif aux urgences, « *ça peut arriver à tout le monde* », comme des « *gens du show-biz (...) On en a eu, mais c'est très rare (...) Une fois je me souviens d'une personne là, il était (...) connu, voilà, consommation de cocaïne, mais ce devait être de la cocaïne sniffée* ». Finalement quels que soient les « *styles* » de consommateurs de cocaïne, à l'arrivée aux urgences, les symptômes se rejoignent.

Il y a quelques années, en Martinique un addictologue avait demandé que tout patient toxicomane qui passe aux urgences lui soit signalé. Cette expérience donne un assez bon recul sur le type de problème que les urgences rencon-

7. Rythme cardiaque plus rapide que la normale.

trent avec ces patients. Il ne s'agissait pas uniquement de patients présentant forcément des troubles psychiatriques, mais « *des comorbides au sens général* ». Ce type d'activité représentait, à l'époque, un certain volume de prise en charge puisque, se souvient ce médecin, « *on était quand même beaucoup pris par ces problèmes-là au niveau des urgences* ». Les patients concernés étaient consommateurs de crack, et accédaient aux urgences, « *pour tout et n'importe quoi (...)* Parce qu'ils étaient agités. Ils avaient (...) soit de la traumatologie, soit des problèmes médicaux, soit beaucoup de troubles du comportement et d'agitation quand même psychiatriques ».

Mais c'est aussi, comme l'indique un urgentiste parisien, « *les pathologies inhérentes à la consommation de drogues, des surinfections virales, bactériennes, les problèmes de dénutrition dus à un contexte social précaire* ».

Le mode de vie précaire des usagers de cocaïne, et notamment de crack, c'est aussi le recours à la délinquance qui oblige parfois à quelques détours par les Urgences Médico-Judiciaires (UMJ) parisiennes. Rappelons que ce service « *n'agit qu'à la demande de la police ou de la justice* » et que tous ses actes sont faits sur réquisition judiciaire. Pour un médecin, les problèmes qui amènent les usagers de cocaïne ou de crack à l'UMJ, « *c'est (...) beaucoup le vol, quand même, (...) ils sont interpellés dans le cadre d'une Infraction à la Législation sur les Stupéfiants (ILS), comme détenteurs, comme consommateurs, pas comme vendeurs, (...) c'est des gens qui sont interpellés pour des actes de violence envers autrui (...)* »

À la Martinique, les pathologies graves en lien avec la cocaïne chlorhydrate ou base qui sont observées, quoique de façon peu fréquente, sont « *les infarctus (...) et les accidents vasculaires chez les patients jeunes. les rhabdomyolyses<sup>8</sup> aussi* ». (CHU<sup>9</sup>). La question des rhabdomyolyses décrite dans la littérature, n'a pas été mentionnée par les autres équipes rencontrées. Seul le site martiniquais a évoqué des patients « *qui viennent pour d'autres pathologies et chez qui on trouve des rhabdomyolyses. Souvent, l'interrogatoire se fait après, parce qu'ils viennent pour un motif qui a priori, n'a rien à voir avec ça* ».

Les services de réanimation peuvent être confrontés ponctuellement à des accidents vasculaires cérébraux ou des infarctus chez le sujet jeune, pour lesquels un dépistage de toxiques fera apparaître une consommation de cocaïne associée ou non à d'autres psychostimulants. Ce type de dépistage n'est pas systématique. Le patient qui fait un accident sévère avec la cocaïne et qui est « *récupéré directement par un SAMU (...) et ramené directement dans une des unités de réanimation. Il doit y en avoir parce que je me souviens, en réanimation, en avoir eu, mais cela reste anecdotique* », commente un urgentiste parisien. Cet aspect anecdotique dont nous parle ce praticien résume bien le sentiment général que

8. Destruction massive et aiguë du tissu musculaire.

9. Centre hospitalier universitaire.

l'on a eu durant l'enquête, il semble que pour chaque praticien interrogé le problème somatique grave reste de l'ordre de l'anecdote.

### **L'accident grave : anecdotique ?**

L'unité de toxicologie du pôle d'urgence d'un hôpital parisien rencontre deux types de problèmes avec l'injection de cocaïne : « *des overdoses essentiellement* » et des « *problèmes infectieux (...) mais, c'est plus rare* ».

Un médecin d'un hôpital parisien se souvient d'avoir eu à traiter « *en réa (...) un patient qui avait fait un AVC<sup>10</sup> massif parce qu'il avait pris de la cocaïne. La cardiologie peut recevoir un infarctus chez un homme jeune* », mais ça ne représente pas beaucoup de cas : identifiés ou réels ?

Car, explique-t-il, aux urgences, « *on cherche la cocaïne, rarement en première ligne, on le fait plutôt en deuxième ligne. On cherche également la cocaïne lorsqu'on a des patients avec une hypoxémie<sup>11</sup> inexpliquée, un infarctus chez un sujet jeune, qui nous dit qu'éventuellement il consomme des choses...* ». Et s'il est plus âgé ou s'il ne dit pas qu'il « *consomme des choses* », fera-t-on cette recherche ? Comment avoir finalement un ordre d'idée sur le nombre de cas que cela représente ?

Pourtant, le fait d'évoquer pendant les entretiens avec les urgentistes, la possibilité que ce type de situations puisse exister les conduit à rapprocher des éléments qui seraient restés non connectés sinon. « *C'est vrai qu'on a pas mal d'infarctus jeunes ; avant les vacances, on a eu deux ou trois mecs qui avaient 35 ans... (...) bien sûr ça existe chez les mecs qui ont des hyper cholestérolémies familiales, (...) tu leur fais une prise de sang, c'est du beurre. On en voit quand même pas mal... Les mecs disent « j'étais hypertendu » (...) Et je pense que c'est mésestimé. (...) En tout cas, l'infarctus des jeunes, ça augmente* » (Paris). Au terme de l'entretien, un médecin réanimateur, parisien conclura que finalement la cocaïne : « *Aux urgences, le mec qui fait un infarctus, ça passe totalement à l'as* ».

### **Sous-estimation et absence de dépistage**

Au-delà du problème grave, la sous-estimation de la cocaïne aux urgences est générale, et des symptômes de moindre sévérité ne sont pas toujours identifiés, particulièrement dans l'hexagone.

« *Il y a plein de gens qui viennent pour des troubles neurologiques, des maux de tête, (...) des malaises, des palpitations, des choses comme ça (...) On leur demande rarement s'ils ont sniffé de la coke et ce serait intéressant* ». (Paris)

10. Accident vasculaire cérébral.

11. Diminution anormale du taux d'oxygène dans le sang.

D'autant plus, si le profil du patient et le contexte du passage aux urgences n'évoquent pas au praticien des représentations associées à la consommation de cocaïne. « *Le type qui fait le malaise dans le bureau, qui arrive un peu tachycarde, alors qu'habituellement, il n'y a pas de raison, avec une petite poussée d'hypertension, si ça se trouve, il a tiré un tir<sup>12</sup>.* » Ça peut se trouver... si ça se cherche... D'autant que l'on ne peut se fier aux apparences lorsque l'on fait une analyse, la surprise peut être au rendez-vous. « *Chez des gens qui viennent pour un problème X, on est surpris parfois de voir qu'ils ont consommé de la cocaïne* ». D'ailleurs, lorsqu'on dépiste de façon plus systématique, on trouve finalement que le nombre de résultats positifs augmente. C'est le cas dans une unité de réanimation toxicologique d'un pôle d'urgences parisien qui, de façon habituelle, recherche les toxiques et note qu'il est trouvé « *plus de pathologies liées à la cocaïne et surtout plus de dépistages positifs de la cocaïne* ».

Pour autant, les situations cliniques où, parmi d'autres facteurs, la cocaïne peut être en cause sont relativement nombreuses, mais ne sont pas interrogées. « *Tachycardies. C'est vrai qu'on ne pose pas la question de savoir si derrière, il y a éventuellement une prise de cocaïne ou pas, on ne pose pas la question, tout simplement. (...) mais par contre, on en voit oui (...) Des douleurs thoraciques (...) chez le sujet jeune (...), hommes ou femmes, dans le contexte du travail, du surmenage, ça, on en voit plein, ça, c'est toutes les semaines (...) c'est un motif de consultation qui est très fréquent aux urgences.* » (Toulouse). Il est évident, que derrière chaque tachycardie, chaque douleur thoracique, poussée d'hypertension, céphalée chez le sujet jeune, ne se cache pas des consommations de cocaïne, c'est un élément étiologique parmi d'autres.

Mais pour les urgentistes, au-delà de représentations qui limitent le périmètre d'interrogation, parler de consommation de cocaïne est délicat et faire une analyse toxicologique n'est pas toujours évident non plus. « *On ne connaît pas le malade, on n'a pas un lien de confiance avec lui, il ne venait pas pour ça directement... (...) Le problème, c'est que, si on leur dit "vous vous droguez ?", ils vont dire non de toute façon, ça veut dire qu'il faut être plus directif, et dire "vous avez sniffé de la coke ?" et là ils vont dire "vous me prenez pour un drogué ?". (...) On ne peut pas faire une analyse urinaire toxicologique, c'est un peu limite.* » (Paris)

Et pourtant, les patients peuvent parler, puisqu'à la Martinique, une île où la crainte de la stigmatisation reste très importante par rapport à la consommation de drogue, si on interroge le patient, les informations apparaissent. C'est du moins le constat que fait un médecin : « *Il y a des consommations qui sont révélées par l'interrogatoire. Ils en parlent assez facilement finalement, (...) à partir du moment où on les interroge* ». À la Martinique, la question de la

12. Consommation de cocaïne par voie nasale ("sniff").

consommation de cocaïne semble faire partie des données étiopathologiques de base que le médecin urgentiste prend facilement en considération.

### **Un produit peut en masquer un autre**

Aux urgences comme dans d'autres situations de diagnostic que l'on a pu rencontrer, la polyconsommation peut jouer un effet masquant pour la cocaïne dont le rôle, dans le tableau clinique, pourra être suspecté ou ignoré. En contexte festif, comme nous l'avons vu, la consommation de cocaïne est fréquemment associée à l'alcool avec les risques spécifiques accrus que nous connaissons. Dans cette configuration, comme le praticien raisonne par éliminations successives des causes, une fois l'alcool mis en évidence, c'est-à-dire d'emblée à l'examen clinique, la plupart du temps, la recherche s'arrête là. Cet extrait est significatif de la méthode et de sa limite par rapport à la cocaïne : « *On reçoit des gens très alcoolisés, rarement on pose la question de savoir s'ils ont pris de la cocaïne avec. (...) Comme la cocaïne a une durée de vie beaucoup plus courte que l'alcool, les gens finissent par être parfaitement bourrés ; parce qu'à force de prendre de la cocaïne, ils continuent à prendre de l'alcool, et à la fin, de la cocaïne, il n'y en a plus, mais l'alcool reste encore quelques heures. Et là, ils sont parfaitement torchés ; on en reçoit quelques-uns comme ça (...) Mais, on n'a pas fait de recherches systématiques, parce qu'on dose rarement l'alcool, et quand on le dose, c'est dans le sang. Et comme on n'a pas fait de recherches dans les urines – ne serait-ce que pour une question pratique, récupérer les urines d'un type torché, c'est une catastrophe ! – on n'a pas la preuve qu'il y ait un lien entre les deux, mais on peut effectivement le suspecter* ».

L'ivresse aiguë est tellement partie prenante de nos habitus festifs qu'elle occulte les évolutions de consommation de produit dont le spectre s'est considérablement agrandi pour un large public ces dernières années. « *Je pense qu'il y a pas mal de palpitations d'hommes jeunes, et même de moins jeunes, qui sniffent de la coke, qui font le malaise ; nous, on dit : "il a picolé un peu de bourbon, ou un truc comme ça"* » (Paris). Pourtant le cocaéthylène peut impliquer des complications différentes de l'alcoolisation aiguë et de la simple intoxication à la cocaïne.

### **PROBLÈMES CARDIAQUES : DE L'« HISTOIRE DE CHASSE » À LA QUESTION DU DÉPISTAGE**

Dans la mesure où les problèmes cardiaques aigus ont été appréhendés dans la partie sur les urgences nous traiterons ici de la manière dont les acteurs spécialisés en addictologie (CSST, services hospitaliers d'addictologie, équipes de liaison, structures de première ligne et médecin généraliste de réseau ville hôpital) caractérisent les problèmes cardiaques.

L'accident cardiovasculaire reste en service spécialisé en addictologie de l'ordre de « *l'histoire de chasse...* » Les pathologies cardiaques ne représentent pas une problématique fréquemment observée en CSST, elles restent la plupart du temps de l'ordre de quelques cas. Il s'agit souvent de « *troubles du rythme cardiaque, (...) des douleurs type angor ou infarctus (...) on en a eu quelques-unes* », explique un psychiatre d'un CSST à Paris. Un confrère d'un centre de soin particulièrement identifié et reconnu pour traiter les problèmes de cocaïne n'a que deux cas en mémoire. « *Deux qui avaient peut-être des antécédents auparavant, c'était des troubles du rythme cardiaque. Il y en a un qui a probablement fait une fibrillation auriculaire qui était peut-être déclenchée par ça, ou due à ça, en tout cas ça n'a pas dû arranger les choses. Et un autre qui avait des problèmes d'arythmie.* » (Paris). Une équipe de liaison note « *deux infarctus du myocarde, des gens qui s'injectaient de la cocaïne.* ».

À la différence des services d'urgence qui repèrent plutôt des problèmes aigus chez des patients jeunes (moins de 30 ans), les problèmes cardiaques identifiés en CSST concernent plutôt des patients plus âgés qui présentent des troubles chroniques. « *Ils ont eu (...) des problèmes d'hypertension artérielle, de douleurs thoraciques (...) enfin, on a eu quelques patients (...) qui ont entre 40 et 50 ans, qui ont des soucis cardiaques, dus à leur consommation de cocaïne. (...) avant, c'est plus rare, parce qu'ils sont plus résistants, ils ont moins souvent des soucis quoi (...) souvent des gens qui avaient une insertion sociale* », (Psychiatre, CSST, Paris). Plusieurs médecins interrogés en secteur spécialisé remarquent cette corrélation entre l'âge plus avancé des patients et problèmes cardiaques ou vasculaires.

Un médecin remarque que les consommateurs de cocaïne sont « *souvent (...) des personnes (...) qui ont des conséquences physiques, c'est difficile de généraliser, mais c'est sûr qu'il peut y avoir de l'hypertension artérielle, il peut y avoir des problèmes cardiaques... (...) des tensions élevées, ça, ça arrive souvent* ». Les patients qu'il prend en charge sont plutôt consommateurs de chlorhydrate par voie nasale et très insérés. À l'inverse, en Martinique, avec une population composée exclusivement de crackeurs, un médecin constate qu'au « *niveau hypertension, on ne retrouve pas de troubles particuliers* ».

La question des pathologies cardiaques en lien à l'usage de cocaïne se pose pour quelques-unes des structures spécialisées rencontrées. Certains se préoccupent de faire des examens cardiovasculaires, soit sur place, soit en consultation externe. Ce type de préoccupation n'est pas systématique, parfois il s'agit d'examen de surveillance pour des patients fortement dosés en méthadone, qui se trouvent être des consommateurs de cocaïne. Dans un CSST parisien, ça a été le point de départ d'une vigilance particulière.

Ainsi, un médecin généraliste qui fait des vacances dans un CSST, a observé dans le cadre de cette surveillance méthadone haut dosage, des problèmes cardiaques parmi la population des usagers de drogues consommateurs de cocaïne suivis dans le centre. Au fil du temps, il découvre une anomalie sur le

bloc de branche chez les usagers qui sont ou ont été par ailleurs des usagers abuseurs de cocaïne. « *Au cours de ces électro qui sont au nombre, actuellement, de 150, 160, j'ai observé, (...) d'autres anomalies. L'électrocardiogramme me signalait des anomalies lui-même, que je pouvais constater de visu, des anomalies ventriculaires. (...) Notamment, des blocs de branche, (...) j'ai fait le rapprochement avec la consommation de cocaïne. Tous avaient eu une consommation de cocaïne. Ceux qui n'avaient jamais eu de consommation de cocaïne n'avaient pas ces anomalies-là.* » Bien entendu, le facteur tabac est commun à l'ensemble de son échantillon et ne constitue pas un facteur discriminant. Finalement, son intérêt pour la question lui fera suivre plus attentivement quelques patients dont un qui fera « *un infarctus en cours de route* », et d'autres pour lesquels, il mettra en évidence des séquelles cardiaques qui étaient passées inaperçues. Au total, il a observé cinq cas d'infarctus dans une population de CSST parisien somme toute assez « *classique* ».

Le médecin de ville apprend en général plus tard l'épisode de surdosage. Lorsqu'il en prend connaissance, il reste pour l'utilisateur de la peur, une banalisation, parfois une demande d'information ou de réassurance. L'utilisateur ne sait pas toujours décrire ce qui lui est arrivé. « *C'est vrai que de temps en temps, il y a des surdosages en cocaïne qui leur font peur. (...) Ça arrive. Mais ça leur passe, je les vois quand c'est fini. (...) C'est de l'ordre de tachycardie, étouffements, convulsions. Ils ne savent pas trop.* » (Médecin généraliste, Toulouse). Ces événements ne sont pas forcément l'occasion d'approfondissement clinique en médecine générale. Pour un médecin généraliste ce sont des patients qui ne parlent pas de problèmes cardiaques ou de migraines, par exemple.

D'une certaine manière, le symptôme cardiaque est banal avec l'abus d'usage, comme l'explique un médecin généraliste : « *Des fois, ils se plaignent de douleurs cardiaques mais bon ça, (...), c'est dû aux excès de la cocaïne, mais après ça passe* ». D'autres fois, ça ne passe pas et l'absence de soin pourrait être fatale. Cela s'est produit dans une structure de première ligne parisienne où, comme l'explique la responsable, une « *personne était arrivée en disant "j'ai eu un malaise", donc l'équipe a bien enregistré ça ; quand ils l'ont vu endormie, l'équipe est immédiatement intervenue, a appelé le médecin généraliste, c'était un arrêt cardiaque* ».

Les usagers signalent peu les symptômes cardiaques aux soignants spécialisés qui, à l'exception de quelques praticiens, n'interrogent pas ce type de problème. Ainsi, c'est à l'occasion d'accident grave que quelques cas sont caractérisés. Pourtant, ces accidents et les investigations lorsqu'elles sont menées montrent que les consommateurs de cocaïne intensifs ou anciens peuvent présenter des problèmes cardiaques. De ce fait, la question d'une attention particulière à ce type de problème se pose pour les acteurs spécialisés et les médecins généralistes.

## PROBLÈMES NEUROLOGIQUES ET COCAÏNE

### Les accidents vasculaires de la sphère cérébrale caractérisés à l'hôpital

*Les accidents vasculaires de la sphère cérébrale sont caractérisés à partir de matériel recueilli auprès d'équipes hospitalières de liaison en addictologie, de neurochirurgie et de neurologie.*

Les problèmes vasculaires se rencontrent aussi au niveau neurologique. Des pathologies cérébrovasculaires dont la corrélation avec des consommations de cocaïne est suspectée ou avérée, sont observées par les équipes de liaison. Ce sont principalement des situations intra-hospitalières. « *On se retrouve de front avec des personnes (...) victimes d'AVC cocaïne quand ils arrivent ici...* » (Paris). Les problèmes vasculaires sont corrélés à une prise de cocaïne à proximité de l'accident chez des sujets la plupart du temps tabagiques. La question d'un accident à distance d'une consommation aiguë se pose, une consommation importante est un facteur de fragilisation des vaisseaux susceptibles d'accident pour d'autres motifs.

Il ne s'agit pas toujours d'accidents ischémiques. Dans un service de neurologie d'un hôpital parisien, peu d'AVC en lien avec la cocaïne sont identifiés. En revanche, le responsable du service pense que « *l'angiopathie aiguë est pour l'heure beaucoup moins rare, et sous diagnostiquée* ». Il s'agit de « *spasmes sur les artères* », mais dont les atteintes « *du vaisseau cérébral* » sont réversibles.

Les problèmes peuvent s'avérer plus graves parfois même sur des consommations peu importantes et occasionnelles. Un médecin d'un service hospitalier parisien a rencontré le cas d'un « *patient d'une cinquantaine d'années, bien inséré socialement* », consommateur occasionnel qui, à la suite d'un choc émotionnel a consommé quelques rails de cocaïne : « *le lendemain, il a fait un infarctus jonctionnel* ».

Plus classiquement, l'AVC du sujet jeune consommateur en contexte festif est caractérisé par un service hospitalier de neurologie. Ainsi, il y a quelques années, un service parisien avait identifié plusieurs cas en très peu de temps à l'occasion d'un travail de recherche qu'avait mené un interne dans le cadre de sa thèse. « *Le premier, c'est en fait une personne assez jeune (35 ans) qui se bouche une artère cérébrale, (...) Qui fait de manière brutale, un coma (...) elle s'en tire plutôt bien au bout de 2-3 jours et en cherchant un peu la cause, on arrive à lui faire dire qu'elle avait pris de la cocaïne, de l'ecstasy, enfin qu'elle avait fait une espèce de grosse soirée où elle avait pris toutes sortes de choses en quantité déraisonnable. (...) Puis un mois et demi après, on a un autre patient de 25 ans qui après avoir été pris dans une grande école fait une grosse fête et qui a une présentation un petit peu similaire. Donc on se dit "tiens, c'est*

bizarre"... » (Paris). Ces cas peuvent concerner aussi bien des consommateurs réguliers qu'occasionnels avec des niveaux de polyconsommations variables.

D'un point de vue pathologique, les neurologues considèrent l'AVC lié à la cocaïne comme « banal », car « dans l'accident vasculaire cérébral, l'étiologie n'est pas toujours déterminante dans le devenir du patient », explique un neurologue de Fort-de-France. En Martinique, le service de neurologie ne rencontre des usagers de cocaïne/crack que « quasi exclusivement » pour des accidents vasculaires cérébraux. L'unité qui accueille la totalité de ce type de problèmes sur le département a caractérisé des AVC chez des usagers de crack. Les AVC observés peuvent être ischémiques ou hémorragiques.

Sur l'ensemble des services interrogés, les patients pour qui un problème vasculaire cérébral a été caractérisé sont plutôt jeunes.

### **Caractériser un problème vasculaire cérébral lié à la cocaïne**

*Les modes de caractérisation d'un problème vasculaire cérébral sont envisagés ici à partir de l'ensemble des professionnels.*

De l'avis de tous les neurologues que nous avons rencontrés, les accidents et problèmes neurologiques liés à l'usage de cocaïne sont probablement fortement sous-estimés. En effet, comme l'explique un neurologue « les patients qui arrivent, de façon ouverte et avouée, avec des problèmes liés à cette consommation, je crois que c'est rarissime ». Dans ces cas-là, l'information provient – s'il la connaît –, du généraliste ou de l'urgentiste qui est intervenu en amont. Il reste à poser des questions dans le cadre de l'interrogatoire. Devant « une symptomatologie un peu bizarre, on va poser la question ; ça a dû m'arriver en quinze ans peut-être trois ou quatre fois, donc, ce n'est pas quelque chose de fréquent », reconnaît un neurologue. Car cette démarche est délicate si les patients « n'ont pas le profil de l'emploi ». Or, le « profil » du patient jeune et socialement inadapté n'est pas le plus fréquent. Avec les « autres » patients, le praticien « n'est pas forcément très à l'aise pour la poser, on le dit un petit peu en catimini "à part ça, vous n'avez pas de consommations particulières ? Vous ne prenez aucun toxique ?", c'est toujours un peu en aparté, c'est-à-dire qu'effectivement, on a du mal à aborder ça directement ».

Dans le cas de l'AVC chez un sujet de moins 45 ans, s'il n'y a aucun facteur de risque habituel, il reste « le SIDA, avec l'utilisation de traitements et de drogues, pas forcément d'ailleurs de la cocaïne, et donc ça fait partie de l'enquête obligatoire (...) Après, dès qu'il y a quelque chose de suspect (...) en termes de confusion, d'agitation, (...) mais sans consommation d'alcool évidente (...) on recherche les toxiques, quels qu'ils soient, et donc, il arrive dans ce cadre aussi qu'on cherche l'utilisation de drogues et de cocaïne, mais ce n'est pas du tout spécifique, c'est un panel ». (Toulouse). Ce n'est finalement qu'au

terme d'un raisonnement qui procède par éliminations successives des facteurs potentiels que la cocaïne peut éventuellement être mise en évidence.

Parfois la recherche de toxiques est plus systématique « *chez les patients jeunes, c'est quand même rare l'infarctus ou l'hémorragie cérébrale (...) donc on va chercher les toxiques* », explique un neurologue. Ce n'est pas une position pratiquée dans tous les services, ainsi des fois, malgré les demandes des praticiens, il n'y a pas de bandelettes urinaires à disposition, la cocaïne n'est « *pas recherchée systématiquement* », y compris pour les sujets jeunes. En revanche, pour les patients plus âgés, sauf si le patient « *avoue* », il n'y aura pas de recherche en ce sens car, estime un neurologue « *la toxicomanie n'est quand même pas une cause de l'AVC chez le bonhomme de 75 ans* ». Et chez les actifs entre 45 et 65 ans peut-on imaginer des consommations de cocaïne facteur de risque d'accident vasculaire cérébral ?

Les cas d'AVC en lien à l'usage de cocaïne mentionnés recouvrent des disparités entre les services rencontrés. Or lorsqu'un service porte une attention particulière à ce type de situations cliniques, il en mentionne plus. Il y a quelques années, un interne a entrepris de recenser les cas d'accidents vasculaires en lien à l'usage de drogue. Avant le démarrage de l'enquête, le service n'avait pas diagnostiqué d'AVC en lien avec des prises de cocaïne. Ce travail a créé une émulation qui a attiré l'attention sur cette question et une dynamique de service en lien avec l'ECIMUD a fait « *remonter* » des cas. Tant et si bien qu'il y en a eu « *7 ou 8 en l'espace d'un an* ». Il y a comme un « *effet de mode* » qui mobilise les soignants qui deviennent plus vigilants et trouvent des cas. Depuis qu'il a quitté le service la liste de cas est toujours ouverte et en attente. Mais depuis il n'y a pas eu de nouveau cas : « *on a vraiment l'impression qu'il y a un effet, on cherche, on trouve, on ne cherche pas, on ne trouve pas* », conclut-il.

En l'absence de diagnostic formel, des intervenants caractérisent ce type de problème par déduction. Ainsi, un psychiatre à la Martinique explique : « *on les voit sur le bord de la route, hémiplegiques, traîner la patte... (...) il y en a un (...) une quarantaine d'années. (...) je pense pas que ça vienne d'autre chose* ». Un confrère qui n'en a pas vu personnellement dans sa file active, pense malgré tout, que dans la mesure où à la Martinique « *l'infarctus du myocarde est une pathologie (...) moins fréquente que les accidents vasculaires cérébraux (...) et où la littérature internationale le mentionne, en principe, il devrait y avoir des accidents vasculaires cérébraux chez les consommateurs de crack* ». Un généraliste martiniquais a fait réaliser à la demande des patients eux-mêmes ou des familles, des examens cérébraux qui montrent parfois des « *séquelles d'accidents ischémiques vasculaires cérébraux* ». Il a rencontré trois accidents ischémiques vasculaires dont deux concernaient des patients âgés de 20 ans et le troisième, un patient de 40 ans. Pour ce praticien, il convient de soupçonner la cocaïne « *devant tout accident ischémique vasculaire, (...) non expliqué (...) chez un jeune* » consommateur.

Les problèmes vasculaires induits par des consommations abusives ne font pas forcément l'objet de discussion avec les usagers car, comme l'explique ce généraliste d'une structure parisienne, « *beaucoup sont dans le déni, (...) ils minimisent* ». L'idée que la consommation de cocaïne fasse courir en tant que telle des risques pour la santé ne va pas de soi pour des usagers insérés ou précaires qui sont déjà sujets à de nombreux problèmes et qui ne sont pas dans une démarche d'arrêt de la cocaïne.

Bien souvent, les usagers expliquent que les « *symptômes* » qu'ils ressentent, « *c'est à cause des impuretés* » du produit. Pour un médecin d'un dispositif de jour à Paris, il y a une réelle difficulté à faire entendre – y compris à certains intervenants –, que la cocaïne a un effet vasoconstricteur<sup>13</sup> intrinsèque, responsable de divers problèmes vasculaires.

### Crises convulsives et cocaïne

*Les aspects concernant les crises convulsives sont traités en considérant l'ensemble des acteurs de santé.*

Les convulsions sont un autre type de problème qui concerne la sphère cérébrale. Elles sont mentionnées par quelques intervenants du secteur spécialisé de soins en addiction. Sur les trois sites, des acteurs ont eu un ou plusieurs patients qui ont fait des crises convulsives plus ou moins graves, dont certaines aboutissent aux urgences. Pour certains services hospitaliers d'addictologie c'est l'opportunité de pouvoir rencontrer ce problème. Mais une fois encore, cela reste des événements peu fréquemment rapportés dans l'activité des services de soins spécialisés. « *Les crises convulsives (...) quand même, ça arrive... Un jour il y a quelques années y'a une jeune femme bon très déglinguée, VIH<sup>14</sup>, sous méthadone etc, qui est venue me voir en me disant que ça n'allait pas, qu'elle avait eu très très peur; (...) qu'elle était avec son mec sur son deux-roues et (...) elle a convulsé, (...) elle s'est rendue compte de rien mais l'autre, il a vraiment eu peur, il pensait qu'ils allaient y passer tous les deux. Ils étaient sur le périph' ou sur un boulevard (...) à ce moment-là, elle était quand même beaucoup beaucoup dans la cocaïne.* » (Médecin, Paris)

Des acteurs des structures de première ligne ont observé des crises convulsives chez des usagers qui avaient injecté le résidu de pipes à crack. « *J'ai assisté à des crises d'épilepsie, et à chaque fois quand les gens se réveillaient de leur crise d'épilepsie, «est-ce que tu as injecté l'huile de doseur ?», "Oui". Ce ne sont pas obligatoirement des gens épileptiques (...) il y a beaucoup de gens*

13. Qui provoque une contraction des vaisseaux sanguins (par opposition à vasodilatateur).

14. Virus de l'immunodéficience humaine (HIV en anglais), rétrovirus infectant l'homme et pouvant conduire au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA, AIDS en anglais).

qui ont fait des crises (...) Ça ressemble à de l'épilepsie, les gens bavent, se mordent la langue, s'agitent dans tous les sens, il n'y a pas moyen de les tenir ». Ces crises sont liées à une forme particulière de surdosage due à la nature chimique du résidu. « L'huile de doseur, on l'a fait analyser à Bichat, (...) C'est de la méglumine de cocaïne ; c'est une base, un produit dérivé, où il y a de la cocaïne dedans, mais qui va beaucoup plus se fixer sur les lipides, d'où l'hyperfixation sur le cerveau, et ça va rester plus longtemps à des doses importantes, ce qui explique les effets de surdose », explique le médecin, de cette structure parisienne. Plusieurs dispositifs à Paris ont décrit ce type de problème, et s'accordent à dire qu'ils sont moins fréquents aujourd'hui.

Enfin, alors que les services spécialisés en addictologie et les services d'urgences ont mentionné de façon assez fréquente des cas de convulsion en lien avec des consommations de cocaïne, aucune mention n'a été faite d'observation de cas de ce type par les neurologues interrogés. Lors de la phase aiguë, le problème est géré par les services d'urgences et la réversibilité du trouble ne semble pas nécessiter une hospitalisation dans un service de neurologie. De plus, comme l'indiquait un urgentiste martiniquais, ce sont des patients réticents à consulter un neurologue, une fois partis des urgences. On peut faire l'hypothèse que la marginalisation d'une partie de ces patients ne facilite pas leur accès aux médecins spécialistes.

## **TRAUMATOLOGIE : VIOLENCE ET ACCIDENT**

*Le matériau utilisé dans cette partie correspond aux réponses de l'ensemble des professionnels interrogés.*

### **Violence et cocaïne**

À la différence des dispositifs de première ligne, les problèmes d'accident et de violence, liés à la cocaïne et plus particulièrement au crack, sont peu relatés par les CSST. Cela peut s'expliquer par la place qu'ils occupent dans les trajectoires de soins des usagers et dans la géographie urbaine. En effet, les structures qui caractérisent ce type de problèmes sont souvent celles qui sont implantées à proximité de zones de vente et de consommation de crack, et qui accueillent des usagers compulsifs. Un psychiatre considère par comparaison avec les phénomènes de toxicomanie à l'héroïne tels qu'ils pouvaient s'observer avant la mise en place des traitements de substitution, que la violence actuelle, en lien avec la scène parisienne du crack, est bien plus importante. « Il y a beaucoup de violence, tu vois, c'est aussi un aspect qui est sans doute sous-estimé dans la façon dont on a de les aborder, ce sont des gens qui vivent dans une extrême violence, le milieu du crack, (...) le milieu de la drogue en

*général, c'était déjà pas mal, mais là, c'est encore plus. Et ce sont des hommes, des femmes qui se retrouvent facilement avec des blessures, avec des coups de couteaux, Il y a des filles qui sont balafrées, avec beaucoup de violence sexuelle aussi. » (Paris).*

À la Martinique, violence et crack sont liés dans la représentation sociale, il y a comme une sorte d'évidence locale dans ce couple. En addictologie, cette violence est associée à l'ensemble des phénomènes de comorbidités psychiatriques. La violence peut-être observée aussi par le médecin de famille : « *Faut dire aussi que quand on consomme et qu'on ne paie pas... dans le crack... alors là l'hôpital de Trinité peut témoigner, il faut faire venir l'ambulance, c'est le cutter, ils sont lacérés, les tendons coupés, c'est quelque chose d'extrêmement violent. »*

Des problèmes de violence au sortir d'une session importante de consommation sont observés dans certains quartiers du Nord de Paris ou à la Martinique. Pour les structures de première ligne, cette violence est problématique dans la gestion du lieu et dans les relations avec l'environnement. Ainsi, après de « *grosses sessions* », le risque de « *pétage de plombs* » est important, ce qui, parfois, dans la structure ou à proximité, donne lieu à des scènes qui pourraient être cocasses si elles n'étaient pas dangereuses et pathétiques. Comme « *le type qui se retrouve à poils en train de faire King Kong dans la rue, qui arrête toutes les voitures. Et les voisins : "c'est à vous celui-là ?" ; (...) on a vécu beaucoup de choses agressives. On est en face du (supermarché), et le circuit des couteaux était juste en face de la porte, et des types traversaient le (supermarché), prenaient une machette, et arrivaient ici pour courir après quelqu'un ; (...) caillasser aussi... les vitres ont été blindées* » (Paris). L'appréciation de l'évolution de la violence dans le Nord de Paris n'est pas la même à quelques stations de métro près. Pour certains, ces « *courses à la machette* » existent moins aujourd'hui, pour d'autres, la violence « *a augmenté* ». Dans son rapport 2008, le dispositif TREND de la capitale conclut à une « *hausse des phénomènes de violence (...) dans certains secteurs du 18ème arrondissement* »<sup>5</sup>.

Si à Paris, les phénomènes de violences autour des « *scènes du crack* » sont considérés par l'ensemble des observateurs comme à la hausse au moment de l'enquête<sup>4</sup>, parmi les soignants spécialisés interrogés, certains font l'hypothèse que le large accès aux opiacés dans la rue a pu contribuer à un apaisement des tensions. « *Ils ont pu avoir massivement des opiacés pour descendre, pour se calmer de leurs prises de crack, donc ils étaient beaucoup moins violents. (...) c'est pas cher. Donc, tous ces mecs un peu chauds, un peu beaucoup chauds, ils se sont bien calmés avec le Subutex®<sup>®</sup>, sauf que maintenant, ils sont dépendants.* »

## Pertes de contrôle, accidents, violences et traumatologies

Si les urgences sont une porte d'entrée de l'hôpital susceptible d'identifier et de connaître des problèmes de violence en lien avec la cocaïne et particulièrement le crack, les équipes de liaison n'en ont pas fait mention très importante. Les équipes rapportent des cas admis en traumatologie pour des blessures dues à la violence, mais elles ne semblent être très fréquemment interpellées par rapport à ça. Les équipes de liaison observent aussi des problèmes dus à des accidents, des chutes, comme le remarque l'équipe de Martinique, « en orthopédie, c'est la violence et les accidents de voie publique ». Car, trop de cocaïne, c'est prendre le risque d'une perte de contrôle source d'accident et de violence : « *Ils arrivent avec des nouveaux pansements toutes les semaines. (...) Une entorse, tombé dans l'escalier, un coup-de-poing dans les vitres, ils se sont fait agresser...* », note un médecin à Toulouse.

Aux urgences, à Paris comme à Toulouse, la question de la violence liée à la cocaïne peut être masquée par la demande d'opiacés. Ainsi, un psychiatre ne trouve pas qu'il soit appelé si souvent aux urgences pour des problèmes de violences liées au crack. Mais, un nombre important de crackeurs utilise des opiacés pour apaiser les conséquences néfastes de l'abus de cocaïne base sur leur psychisme. L'utilisateur est considéré comme un « *toxicomane* », sous-entendu « *aux opiacés* », alors que la problématique est ici bien plus complexe du fait de l'addiction au crack.

La violence donne lieu à une traumatologie importante. En Martinique, sur la commune du Lamentin, la Mangrove est un espace de consommation et de vente de crack. La violence y existe depuis la fin des années 80. Armes blanches, armes à feu, violence entre gangs, entre usagers, entre dealers et usagers, produisent des blessures qui finissent aux urgences ou qui peuvent parfois rester sans soins. Le responsable de la structure en première ligne à la Mangrove est amené parfois à appeler « les pompiers ». Même si les usagers, peuvent se rendre par eux-mêmes aux urgences ou rester sur place et ne pas se soigner. Pour le médecin de la structure, il y a « *énormément, de traumatisme parce qu'ils se battent* ».

C'est aussi ce qui est constaté par les structures implantées dans des zones de crack connues à Paris. Les conséquences pathologiques de la violence de la rue apparaissent en premier dans les discours des acteurs : « *Les premières demandes d'intervention en matière de soins, sont liées à la violence de la rue : coupures, infections, liées aux bagarres ou aux conditions extrêmement pénibles de vie dans la rue (...) C'est de loin la première demande* ». Toutefois, il n'est pas facile de distinguer dans cette violence et ses conséquences sanitaires ce qui relève du mode de vie « *de rue* » et de ce qui reviendrait spécifiquement

à la cocaïne. Une dynamique entre précarité extrême et psychopathologie induite ou aggravée par la cocaïne semble se déployer pour générer des situations de violence aux conséquences parfois graves.

## **CONSÉQUENCES DES MODES D'ADMINISTRATION**

Le matériel considéré dans cette partie correspond à l'ensemble des acteurs professionnels.

### **Infections locorégionales liées à l'injection de cocaïne**

Plusieurs professionnels interrogés ont rapporté qu'il existe une spécificité des problèmes liés à l'injection de cocaïne. Ce point est évoqué par des médecins hospitaliers ou de ville sur Paris et Toulouse, en CSST ou par des intervenants de structure de première ligne. Certaines pathologies dermatologiques, nécroses, abcès, etc. chez les injecteurs de cocaïne, peuvent être particulièrement sévères. Cet aspect a pu être sous-estimé du fait que dans bon nombre de ces situations de pathologies locorégionales, les usagers sont aussi injecteurs de buprénorphine dont les éventuelles complications à l'injection sont aussi connues. Or, la plupart des services de soins spécialisés et les structures de première ligne de l'hexagone sont très souvent confrontés à une population de polyconsommateurs opiacés/stimulants. Ainsi, les équipes de liaison rencontrées à Paris et Toulouse sont confrontées à des injecteurs polyconsommateurs d'opiacés et de cocaïne qui parfois s'infectent. « C'est comme ça qu'on nous a envoyé un certain nombre de patients avec une candidose ophtalmique qui s'injectaient Subutex® ou crack » (ECIMUD, Paris).

D'une certaine manière, il existe une synergie morbide sur le plan veineux entre la BHD<sup>15</sup> et la cocaïne, puisque la compulsivité propre à la cocaïne favorise la multiplication des injections sur des états veineux parfois déjà dégradés par l'injection de Subutex®.

Un intervenant d'un dispositif toulousain explique cette dynamique qui d'après lui est responsable d'importants dommages sur le plan veineux chez les usagers substitués à la buprénorphine, consommateurs compulsifs de cocaïne en I.V. : « Ce sont souvent des personnes qui sont à la fois injectrices de Subutex® et injectrices de cocaïne qui ont le plus de dommages, (...) des personnes avec des gros, gros abcès, des personnes avec des phlébites aggravées, des personnes hospitalisées pour des abcès avec des greffes, on a vu des choses assez importantes (...) Le problème c'est que les gens qui ont les veines abîmées par le Subutex® et qui injectent de la coke... (...) il y a un côté anes-

15. Buprénorphine haut dosage (Subutex®).

thésiant, et donc ils injectent carrément dans l'abcès. » De plus, l'effet vasoconstricteur de la cocaïne ne facilite pas l'usage intraveineux, mais « c'est vrai que quand on en met à côté ça ne se sent pas, du coup, c'est plus facile d'avoir des abcès ».

Ainsi, l'injection, par ses complications locorégionales, génère des motifs fréquents d'intervention en chirurgie. Comme l'explique un cadre infirmier d'un hôpital parisien : « *Celui qui va se piquer n'importe où (...) et puis ça s'infecte, ça fait des abcès et on est obligé de drainer* ». Les infections liées à l'injection peuvent se fixer à d'autres endroits que la zone d'injection, et des endocardites<sup>16</sup> sont aussi observées par les structures de première ligne.

Du fait de la compulsion qui pousse à la multiplication des injections combinée à des modes de vie précaires et à de mauvaises conditions d'asepsie lors des injections, des problèmes graves sont observés chez les injecteurs de crack. Plusieurs intervenants des lieux de réduction des dommages rencontrés soulignent que sur ce plan, l'état immunitaire des usagers positifs au VIH est un facteur aggravant.

Il y a quelques années, des médecins généralistes rattachés à un CSAPA parisien avaient observé « *des abcès épouvantables* » liés à l'injection de crack chez des patients du 18<sup>ème</sup> arrondissement. Plusieurs intervenants s'accordent à dire que l'injection de crack serait en baisse sur Paris ces dernières années même si, d'après un psychiatre d'un CSST, l'injection « *a tendance à remonter un peu maintenant, mais ça a quand même vachement baissé* ». Dans son rapport 2008, le dispositif TREND du site de Paris n'indique rien à ce sujet, il note simplement à propos du crack que « *certain usagers auraient des pratiques d'injection* »<sup>5</sup>.

Amélioration de la réduction des dommages ? Pour les équipes parisiennes du 18<sup>ème</sup>, il y a aussi un changement dans les modes d'administration, le crack serait moins souvent injecté qu'il y a quelques années, la « *fumette* » serait devenue progressivement le mode d'administration dominant. Car, lorsqu'un usager débute l'usage d'un produit, il adopte le mode d'administration qui bénéficie du discours le plus valorisé à ce moment-là pour ce produit.

### **Les pathologies pulmonaires ou ORL<sup>17</sup> liées à la consommation de cocaïne base fumée**

L'inhalation à chaud de cocaïne base peut provoquer des lésions de la sphère ORL, remarque un psychiatre d'une ECIMUD à Paris qui note que « *certain se plaignent de brûlures dans le fond de la gorge* », ce type de problème n'est pas rare chez les crackeurs du nord parisien. Ces brûlures envahissent l'ensemble de la sphère pulmonaire.

16. Inflammations de l'endocarde (enveloppe interne du cœur).

17. Otho-rhino-laryngologiques.

En Martinique, l'usage de la pipe pour le crack est une cause de « pathologie buccale (...) au niveau des lèvres » constate un médecin généraliste.

Un addictologue identifie « *peu, finalement, de complications ORL propres, autres que les pharyngites, ou des complications inflammatoires œdémateuses sans gravité, sans tumeur* », liées à l'inhalation à chaud. « *Chez les sujets immunodéprimés, mais sans immunodépression véritable* », ce praticien observe aussi des « oesophagites mycosiques<sup>18</sup>, ça, c'est assez fréquent ».

Fumer le crack est aussi une cause d'infection pulmonaire, avec des pathologies proches de l'emphysème, en tous les cas qui provoque une diminution de la capacité pulmonaire. « *Ça ressemble, ils viennent au moment de la surinfection, c'est donc plus précoce, dans la broncho-pneumopathie obstructive* », explique un généraliste martiniquais.

### **Problèmes liés à l'usage de la voie nasale**

*Les problèmes de la sphère nasale sont appréhendés sur l'ensemble du matériel recueilli auprès des acteurs de santé.*

Les problèmes d'ORL liés à l'administration par voie nasale nous ont été décrits par différents acteurs de l'enquête. Elles restent néanmoins rares pour un ORL hospitalier parisien que nous avons rencontré.

Dans l'hexagone, le recours à la voie nasale pour le chlorhydrate est source de problèmes observés par les médecins de ville, à des niveaux de gravité allant de la gêne dont on se plaint à son médecin ou « *pour le sniffeur, un peu fou, la destruction de la cloison* » (Paris).

Les équipes de liaison observent aussi des lésions de la cloison nasale, pouvant conduire exceptionnellement à un abcès au cerveau (Paris). Une patiente qui sniffe quotidiennement au point de ne plus avoir de cloison nasale a fini par se perforer le sinus : « *du coup y'a une autoroute qui s'est créée entre le nez et le cerveau et elle a fait un abcès* » (ECIMUD).

Les lésions de la cloison nasale perçues par les acteurs spécialisés sont de niveaux de gravité variés : allant de problèmes réversibles à des perforations qui induisent parfois des complications plus sévères. Pour un psychiatre d'un CSAPA qui prend en charge des patients très insérés et en recherche de performance avec la cocaïne, c'est le problème somatique le plus fréquent qu'il rencontre. Les lésions qu'il observe sont « *assez rapidement réversibles ! (...) Parce que j'ai l'impression (...) que c'est quand il y a des grosses quantités qui arrivent sur la muqueuse que ça attaque vraiment... on arrive aux mecs qui sont obligés de se faire poser une plaque. Des petites doses comme ça filées,*

18. Ou mycoses œsophagiennes, infections de l'œsophage souvent dues à *Candida albicans*.

*c'est irritant au niveau de la muqueuse donc il y a des hémorragies nasales, des douleurs (...) des choses comme ça* ». (Paris).

Un autre addictologue parisien identifie aussi ce type de problème et propose fréquemment à ses patients utilisateurs de la voie nasale de pouvoir faire des bilans ORL, dans le cadre de bilans somatiques plus complets pour les consommateurs de cocaïne. « *Les sinusites chroniques, les cloisons nasales détruites, parfois même le plafond du sinus maxillaire qui commence à s'effondrer, etc. (...) les états ORL sont assez impressionnants quand même, parce qu'on a des patients qui sont à 5-10 ans d'usage chronique de cocaïne* ».

En ce qui concerne, les infections de la cloison nasale qui conduisent à des perforations de gravité variable, un médecin spécialiste du nez en a vu « *très peu, j'en ai vu deux en l'espace de deux ans (...) Je pense que ça s'explique d'une part parce que c'est quand même quelque chose de rare, et en même temps parce que ce sont des gens qui échappent la plupart du temps à une prise en charge. (...) il y en a un, c'était un jeune, qui (...) avait 16 ou 17 ans, (...) amené par sa mère, (...) sa motivation était la douleur et la surinfection locale ; (...) La deuxième, c'était une toxicomane socialement très bien intégrée, (...) dans un milieu artistique (...) socialement favorisée, qui effectivement avait mal (...) Le premier, (...) c'était une chondrite<sup>19</sup> (...) la deuxième avait une perforation beaucoup plus large* ». Ce praticien explique le processus qui peut évoluer de formes relativement bénignes à des pathologies d'une extrême sévérité. « *La cocaïne (...) en induisant une apoptose<sup>20</sup> (...) induit une nécrose muqueuse, puis cartilagineuse, puis une surinfection, – puisque le nez n'est pas un milieu stérile –, et à partir de là, ça s'infecte, ça fait mal et ça ne sent pas bon, et au fur et à mesure que la nécrose évolue, il y a une nécrose cartilagineuse (...) le tiers inférieur du nez, n'est soutenu que par du cartilage, (...) ça s'effondre au fur et à mesure, il n'y a plus de soutien (...) ça peut même donner des nécroses de l'os qui sépare le cerveau des fosses nasales ; normalement, c'est un os très épais, très dense, très solide, et à force d'usage répété, il y a des cas où il n'y a plus d'os, et la méninge est complètement à nu.* »

## AUTRES PATHOLOGIES EN LIEN À L'USAGE DE COCAÏNE

*Différentes pathologies en lien à l'usage de cocaïne sont regroupées dans cette partie. Elles sont caractérisées à partir des acteurs spécialisés en addictologie (CSST, service hospitalier d'addictologie, équipe de liaison, première ligne, médecin de réseau) ainsi que des praticiens concernés par ces pathologies.*

19. Inflammation du cartilage.

20. Mort cellulaire programmée.

## Pathologies pulmonaires

Les problèmes pulmonaires concernent les fumeurs de crack et de ce fait sont plus prégnants à la Martinique. Pour un addictologue de Fort-de-France, après les aspects psychiatriques, ce sont les aspects « *cardio pulmonaires* » qui arrivent en deuxième position. « (...) *ils ont des douleurs thoraciques, ils ont une toux, ils ont quelques complications pulmonaires rares de type pneumothorax (...) c'est essentiellement ce qu'on a vu, on a vu aussi des emphysèmes.* »

Dans l'hexagone, c'est à Paris que des observations sur les problèmes pulmonaires ont été faites par des médecins intervenants en CSST. Toutefois, si les complications peuvent être parfois graves, peu de structures ont fait état de ce type de problèmes. Un médecin généraliste d'un CSAPA confirme l'existence de ces complications chez les fumeurs de cocaïne : « *C'est vrai qu'on voit des histoires... des gros trucs lourds, au niveau pulmonaire.* »

Les acteurs de première ligne observent avec l'utilisation du crack par les voies aériennes des douleurs pulmonaires. Dans un accueil de jour, un médecin a vu des hémorragies intra-alvéolaires : « *les gens qui crachent du sang, on a vu tout ça au début du crack. (...) c'est impressionnant ; (...) C'est très rare. Ça peut arriver...* » (Paris).

Les pneumologues sont aussi amenés à rencontrer les conséquences pulmonaires de la cocaïne base fumée. Il s'agit « *soit des hémoptysies<sup>21</sup> à la suite de consommation de crack, soit des phénomènes très chroniques qui sont des emphysèmes pulmonaires, des destructions qu'on voit passer chez des jeunes alors qu'ils n'ont pas du tout de maladies susceptibles d'entraîner une telle destruction comme un déficit en alphachymotrypsine<sup>22</sup>.* », constate un pneumologue en Martinique.

Les pathologies pulmonaires que les praticiens peuvent être amenés à caractériser se rencontrent chez des patients qui malmènent leurs voies respiratoires de multiples manières, en fumant du tabac et du cannabis en plus du crack la plupart du temps. « *Ils ont les fonctions respiratoires très altérées, mais souvent ce sont d'anciens tabagiques. Donc ils ont des bronchopathies, mais je ne pense pas que ce soit directement lié à la consommation de crack ou de marijuana. De toutes les façons, ce sont des produits qui sont agressifs pour le poumon et je pense que ça va les mener (...) à des problèmes pulmonaires* », explique un pneumologue.

21. Crachat sanguin qui provient des poumons.

22. Enzyme déficitaire dans les cas d'emphysème.

## Pathologies infectieuses

Cocaïne et maladie infectieuse restent une question confuse. La nature du produit qui accompagne la transmission du VIH ou du VHC<sup>23</sup> lors d'une injection importe peu du point de vue des contaminations. Et la multiplication des injections liée à la compulsivité de la cocaïne est un facteur de risque en soi. La première enquête sur les usagers des CAARUD<sup>6</sup>, indique que 7,3 % des usagers interrogés en novembre 2006 dans 114 dispositifs de première ligne se déclarent positifs au VIH et 35,1 % au VHC. Cette prévalence importante du VHC est aussi constatée par un médecin d'un dispositif parisien qui, parmi la population de consommateurs de crack qu'il rencontre, estime qu'il y a « beaucoup d'hépatites C. Sur le plan infectieux, pas mal. (...) VIH, pas tant que ça. (...) » Pour lui, en dehors des formes sévères d'hépatite C, les usagers ne présentent pas de symptôme « donc ils ne s'en préoccupent pas trop. (...) en plus, avec l'alcool par-dessus... ». Les polyconsommations qui associent cocaïne, BHD et alcool sont en effet des facteurs de risques pour les sujets porteurs du VHC.

Par ailleurs, les conditions de vie extrêmement précaires souvent corrélées au crack peuvent être responsables pour partie de quelques cas de tuberculose dans la population de crackeurs du Nord de Paris. « Il y a eu quand même des tuberculoses ici. La tuberculose était plus prégnante quand on avait plus de gens séropositifs au VIH, c'est normal. Ceci dit, il y a eu (...) l'année dernière, plusieurs cas de transmission de tuberculose », constate un médecin parisien.

## Des pieds et des mains, pathologies de la précarité et du crack

Caractéristiques des fumeurs de crack précaires et en errance, les pathologies des pieds sont connues et décrites depuis longtemps. « Ce qu'on voyait d'emblée, dans notre nouvelle infirmerie ici, c'étaient des problèmes de pieds... » (Paris).

Les problèmes dermatologiques autres que ceux liés à l'injection sont identifiés par les structures de première ligne qui reçoivent des usagers consommateurs de crack. Il y a « beaucoup de problèmes de dermato... », constate un médecin généraliste qui exerce auprès de la population de la Mangrove à la Martinique. L'injection étant quasi absente de cette population, ces problèmes sont imputables à la fois au mode de vie et aux conditions d'hygiène et de précarité. Sur ces problèmes dermatologiques inhérents au crack fumé, les intervenants parisiens des structures de première ligne font des observations similaires.

23. Virus de l'hépatite C.

En Martinique, les problèmes affectent essentiellement les pieds du fait de ces interminables déambulations. À Paris, il faut rajouter à cela les mains abîmées par les blessures dues au mode de manipulation du caillou à l'aide de cutter, de la confection de filtre en fils électrique en cuivre et des nombreuses pressions sur la mollette des briquets.

À Paris et Toulouse, herpès, gale, brûlures, coupures, sont observés dans différentes structures de première ligne. Plusieurs lieux de réduction des dommages du nord de Paris ont compilé des photographies qui mettent en évidence des pathologies parfois très sévères des pieds et des mains des crackeurs.

Ces pathologies de l'errant précaire qui marche des heures durant et s'abîme – parfois gravement – les pieds ont marqué les équipes qui ont rapidement essayé de proposer des réponses à cette pathologie de type « SDF<sup>24</sup> ». « *Une pathologie des SDF, mais exacerbée par le crack, qui les maintient en vie, et ils tournent pendant des jours et des nuits, sans se laver, sans changer de chaussettes, dans des baskets pourries...* » explique un intervenant d'un dispositif de Paris. En effet, en marchant, sans se reposer, les usagers se fabriquent des ampoules, des crevasses qui se dégradent. « *Les pieds gonflent, il y a des fissures (...) ça s'infecte, et une fois que tu as passé ce stade-là, il y a une réaction d'hyperkératose – tu fais de la corne.* » (Paris).

### **Diabète et troubles de la sphère digestive à la Martinique**

À la Martinique, à la différence des deux autres sites où ces problèmes n'ont quasiment pas été mentionnés, des troubles gastriques et des problèmes de diabète en lien à des consommations de crack sont évoqués par les dispositifs de première ligne. Les problèmes de diabète en lien à des consommations de crack ont été mis en évidence par l'ECIMUD. Les autres praticiens martiniquais interrogés sur cette question n'avaient, pour leur part, rien noté de particulier. Le médecin généraliste d'un dispositif de première ligne identifie quelques cas d'usagers de crack insulino-dépendants pour lesquels, il fait une hypothèse qui corrobore celle de l'équipe de liaison sur les façons de vivre, de se nourrir et de consommer le crack. « *Le problème c'est que quand ils consomment (...) ils peuvent rester deux jours sans boire et manger ou alors ils vont boire de l'alcool et ils se font pas leurs injections.* »

L'équipe de liaison de la Martinique a observé « *des hospitalisations à répétition pour diabète non équilibré qui nécessite deux ou trois jours d'hospitalisation, et qui sont fortement liées à une consommation excessive de crack à un moment donné* ». Il s'agit pour des fumeurs de crack, d'une part d'évolution vers des diabètes sucrés insulino-dépendants chez des patients non insulino-dépen-

---

24. Sans domicile fixe.

dants ; et par ailleurs, des complications chez des diabétiques insulino-dépendants en rupture de traitement en période de consommation intensive de crack.

Ainsi des « diabètes non insulino-dépendants qui deviennent progressivement avec leur consommation de crack, insulino-dépendants (...) c'est de plus en plus depuis cette année. On a constaté qu'on nous appelle pour non observance de traitement chez un consommateur de crack. Mais lorsqu'on interroge (...) sa non observance de traitement arrive dans un moment où le sujet n'est pas bien ou (...) a fait un binge<sup>25</sup> et donc du coup, c'est intimement lié... ». Pour l'équipe, la consommation de crack, conduit la personne à des modifications profondes de ses priorités. Dans un cas, c'est une hygiène de vie inappropriée à son état de santé qui crée progressivement un déséquilibre et lui fait franchir le seuil de l'insulino-dépendance ; dans l'autre, des ruptures de l'espace-temps quotidien créées par le rapport compulsif au crack conduisent l'utilisateur à négliger son traitement, entraînant ainsi des complications plus ou moins graves. Ces observations n'ont pas été rapportées dans l'hexagone.

Les problèmes digestifs consécutifs à des consommations de cocaïne sont peu mis en avant dans la littérature et par les acteurs de santé que nous avons rencontrés. Un intervenant d'une structure de première ligne martiniquaise évoque des troubles du tube digestif qu'il relie, à l'instar des usagers qui fréquentent la structure, à la consommation de crack : « J'ai un gars qui allait souvent à la selle, beaucoup de souffrance intestinale », explique-t-il. Le médecin de la structure quant à lui n'évoque pas spontanément ce type de problème. Les consommations massives d'alcool, notamment de rhum, souvent associées aux consommations de crack, pourraient expliquer aussi pour partie ces troubles gastriques.

## COCAÏNE ET PÉRINATALITÉ

### Observation des acteurs spécialisés en addictologie

*Observations provenant de l'ensemble des acteurs spécialisés et notamment des équipes de liaison et des CSST.*

Pour les acteurs du soin spécialisé en addictologie les conséquences de la consommation de cocaïne sur le plan de la périnatalité se caractérisent dans différents registres. En dehors de structures plus particulièrement impliquées dans la prise en charge d'usagers de drogue parents, les pathologies spécifiques de la grossesse et du fœtus, liées à l'usage de cocaïne sont en général peu mention-

---

25. Consommation intense.

nées par ce type d'acteur. En revanche, les problèmes de lien mère-enfant et plus généralement ceux qui concernent la protection de l'enfance, font l'objet de mentions plus fréquentes, particulièrement en Martinique et à Paris dans des zones de diffusion du crack.

Les équipes de liaison sont confrontées à des transferts d'enfants en néonatalité qui peuvent être l'occasion de rencontres avec des mères consommatrices de cocaïne/crack. Elles peuvent aussi être impliquées dans le cadre du suivi de la grossesse et parfois interpellées pour des accouchements en urgence.

La cocaïne est un toxique qui occasionne des souffrances fœtales importantes « en terme d'anoxie et (...) dans la constriction des vaisseaux », explique un médecin. Seule une petite partie des intervenants spécialisés a mentionné avoir observé des problèmes materno-fœtaux. Un médecin a observé : « *des accouchements prématurés, (...) avec des décollements placentaires (...) mais des malformations, franchement, depuis l'ouverture (du centre)*<sup>26</sup>, *je crois que l'on a eu (...) trois naissances avec des malformations* ». Pour ce praticien, cette question de malformations fœtales imputables à la cocaïne (base ou chlorhydrate) est controversée. Les facteurs de risques impliqués sont toujours multiples et la variable cocaïne difficile à isoler. Sur l'ensemble des équipes de liaison interrogées, une seule a rencontré un cas de malformation chez une patiente polytoxicomane. « *J'en ai eu un l'année dernière avec usage de cocaïne chez une dame qui était sous Subutex®, dans une situation sociale extrêmement difficile... venant de la région parisienne... qui avait des usages de cocaïne intenses qui s'étaient poursuivis durant toute la grossesse... hospitalisée parce qu'elle avait été rouée de coups... et à l'occasion, tout un bilan avait été fait pour détecter une malformation du bébé due à la consommation de produits durant la grossesse.* » (Toulouse). Pour ce médecin, il est difficile d'écarter ou d'imputer cette tératogénéité à la cocaïne seule.

Les mères n'ont pas forcément intégré les connaissances sur les risques materno-fœtaux, en partie du fait de sentiments de culpabilité qui les empêchent de considérer des données inquiétantes et peut-être aussi, pour certaines, par des difficultés d'accès à l'information.

Pourtant, si la cocaïne est un facteur de risques durant la grossesse beaucoup sont traitables dans le cadre d'une prise en charge. Ainsi, l'avortement spontané est « *une complication de la cocaïne (...) évitable (...) si les femmes sont prises en charge* », explique un psychiatre d'une ECIMUD à Paris.

De l'avis des observateurs locaux l'accès au suivi médical de la grossesse des femmes usager de drogues s'est nettement amélioré ces dernières années, sur les trois sites de l'enquête. Malgré cela, des femmes enceintes consommatrices de cocaïne peuvent arriver en maternité le jour même de leur accouche-

---

26. Une vingtaine d'années.

ment, tout en étant inconnues des services et n'ayant réalisé aucun suivi. Ainsi, une psychiatre d'une ECIMUD à Paris se souvient d'une « *maman qui était venue en maternité, qui a accouché le jour même, et qui avait la cocaïne positive dans ses urines* ».

Pour les acteurs, il convient de prendre la mesure de la dimension compulsive de l'addiction au crack et de l'envahissement psychique qu'elle représente. Ils observent que des mères qui ont parfois suspendu leurs consommations peuvent brutalement partir et laisser leur enfant pour aller consommer du crack.

Les équipes de liaison sont aussi témoins parfois de détresses psychique et sociale chez des mères présentant une addiction au crack, qui les conduisent à abandonner leur enfant dans la violence de la compulsivité. « *On a eu une dame par exemple, (...) elle est arrivée maigre, bref, précaire de chez précaire, pas de papiers, etc. (...) venue de Bichat, (...) elle a été transférée avec son bébé. (...) elle est restée un mois en maternité. Déjà faut le faire. (...) Donc elle a regrossi (...) Elle s'est occupée de son bébé, ça allait bien. (...) elle a émis l'hypothèse de pouvoir s'occuper de son bébé définitivement. Bref, elle est partie (en service de convalescence et) ça a été exactement une journée. Au bout d'une journée, elle est partie avec son bébé. Et nous avons été appelés, en nous disant : "on a trouvé un bébé dans la rue, il a des draps marqués au nom de votre hôpital, est-ce que vous n'auriez pas perdu un bébé ?".* »

C'est une caractéristique des conséquences périnatales de l'addiction au crack dans les constats des intervenants : des situations de rupture aboutissent la plupart du temps à des séparations mère-enfant.

### **La consommation de cocaïne durant la grossesse, un problème redouté, mais rarement identifié**

*Dans cette partie, nous envisagerons les problèmes caractérisés par les acteurs du champ périnatal.*

La cocaïne est un produit redouté par les obstétriciens, du fait des nombreux dommages qu'il peut entraîner tant pour le fœtus que pour la femme enceinte. Un médecin spécialiste des grossesses à risque rappelle qu'il n'y a pas de « grossesse sous cocaïne qui se déroule normalement parce que la cocaïne est un vasoconstricteur important et on a de façon constante, un retard de croissance ». Les bébés peuvent naître avec des petits poids et de façon prématurée. Un médecin d'une maternité parisienne confirme que chez les consommatrices de crack, les bébés présentant « *des petits poids de naissance, c'est fréquent* ». Quoi qu'il en soit, le nombre de cas de grossesses chez des patientes consommant de la cocaïne et identifiées par les services d'obstétrique rencontrés est relativement faible.

Des pathologies durant la grossesse sont observées mais restent relativement rares, malgré les représentations que l'on pourrait avoir des fameux « bébés

crack ». Les services confrontés à ces situations s'en étonnent finalement : « *La grossesse même ne se déroule pas si mal que ça par rapport à ce que cela aurait pu être* » (Martinique). Le principal problème dans la grossesse resterait « *lié à la vasoconstriction de la cocaïne* », qui a des conséquences sur le développement du fœtus. Comme l'explique un obstétricien : « *on a un bébé qui ne va pas pousser correctement avec des dopplers pathologiques, la quantité de sang qu'a le bébé n'est pas normale. Souvent, une hypertension et une toxémie<sup>27</sup> surajoutée à cette hypertension* ».

Le problème des hématomes rétroplacentaires décrits dans la littérature<sup>7</sup>, a été rencontré dans une maternité parisienne, mais le médecin se refuse à caractériser formellement ces pathologies obstétricales comme en lien avec la cocaïne. « *Les problèmes qu'on peut rencontrer, c'est très difficilement imputable à l'usage de la cocaïne ; par exemple des hématomes rétroplacentaires, ça a été décrit, c'est une ischémie qui provoque un décollement... (...) Il y a des femmes qui ont été consommatrices de cocaïne – est-ce qu'elles ont continué à consommer ou pas ? – et durant leur grossesse, on a dû extraire leur bébé, il y a eu des morts in utero, dues à des hématomes rétroplacentaires. Est-ce que c'est consécutif à la consommation de cocaïne ?* » (Paris)

À Toulouse, au CHU, « *on n'a vu qu'un cas, il y a peut-être 4 ans, qui a été inaugural car on ne connaissait pas l'addiction (de cette) patiente (...) venue en urgence pour un hématome rétroplacentaire (...) une cocaïnomane qui nous l'a dit de suite d'ailleurs. (...) des hématomes rétroplacentaires (...) c'est pas une pathologie très fréquente même dans le cas d'une pathologie vasculaire...* »

Si les acteurs s'accordent à dire que les bébés de mères consommatrices de crack sont en souffrance fœtale, la question de problèmes tératogènes est caractérisée de façon exceptionnelle.

Ces problèmes sont rares mais ont été mentionnés dans l'enquête. C'est le cas en Martinique, où un médecin a rencontré en 25 ans, un cas de malformation chez des nouveau-nés : « *des jumeaux malformés, très prématurés (...) elle s'est suicidée. (...) Les enfants sont placés, ils sont très handicapés tous les deux* ».

Enfin, il convient de souligner que les acteurs du champ périnatal sont souvent confrontés à des situations de polyconsommation. « *La cocaïne en elle-même n'est pas vraiment un problème quand elle est très occasionnelle et isolée, mais elle est rarement isolée. (...) très souvent, celles que je vois sous cocaïne, elles ont cocaïne-alcool (...) L'autre drame, c'est cocaïne-héroïne, donc (...) il y a un problème de dépendance.* » (Toulouse).

L'association alcool-cocaïne est un problème mis en avant par plusieurs maternités du fait des effets tératogènes de l'alcool. Toutefois, il n'est pas toujours facile de savoir si la consommation s'est arrêtée ou poursuivie durant

27. Empoisonnement par un excès de toxine.

la grossesse. « Elles peuvent nous dire qu'elles ont arrêté (l'alcool) et ne pas l'avoir fait, mais a priori, effectivement, oui, elles arrêtent ; comme il y a beaucoup de femmes qui boivent de manière festive, et à l'annonce de la grossesse, ne boivent plus une goutte d'alcool. » (Paris).

Souvent, certaines femmes usagères de drogue sont engagées dans des poly-consommations associant des consommations de crack avec des opiacés prescrits ou détournés. Ce type de situation pose le problème supplémentaire du risque de syndrome de sevrage qui, lorsqu'il est pris en charge, reste bien maîtrisé.

## **PROBLÈMES SOCIAUX LIÉS À L'USAGE**

*C'est à partir de l'ensemble des professionnels spécialisés en addictologie que cette partie est traitée.*

### **Problèmes familiaux, sociaux et judiciaires**

Comme Sansfaçon<sup>8</sup> l'a décrit, les professionnels du secteur spécialisé observent des conséquences sociales à l'addiction à la cocaïne de façon massive chez les usagers de crack, mais aussi ponctuellement et parfois de façon spectaculaire chez des consommateurs de chlorhydrate insérés. Si le contexte social est déterminant pour caractériser le niveau de gravité des problèmes sociaux, il n'en demeure pas moins que la perte de la maîtrise de la consommation de la forme base ou chlorhydrate affecte différents aspects de la vie sociale du consommateur. Ainsi, pour les soignants spécialisés, le crack « ça désocialise, ça clochardise, ça déstructure, (...) le lien social très brutalement. Ce sont des gens qui se retrouvent dans des états d'errance très vite » (Psychiatre, Paris). Dans ces observations, le crack est associé spontanément par les soignants à la précarité. Par comparaison, les consommateurs de cocaïne chlorhydrate rencontrés en service de soin spécialisé « sont quand même plus insérés dans la société (...). Enfin nous, tous ceux qu'on a eus, ils avaient quand même, soit un soutien familial, soit un boulot » (CSST, Paris). Mais les consommateurs de cocaïne chlorhydrate rencontrés en service de soin spécialisé n'en présentent pas moins « des complications familiales, sociales, financières, judiciaires ». Comme l'explique un médecin d'un CSST toulousain, avec la cocaïne, ce sont « des problèmes, la plupart du temps, familiaux, ce sont des incidences au niveau relationnel, sur la famille, sur le travail et au niveau financier ».

Une psychiatre d'un CSST constate que les épisodes « festifs » abusifs peuvent entraîner « des arrêts de travail (...) parce que quand ils consomment du crack le week-end, le lundi, ils ne sont pas forcément en forme pour prendre le travail ». Avec le risque pour certains, lorsqu'ils traversent des turbulences existentielles de basculer dans des problèmes sociaux plus sévères. Être inséré,

ne garantit pas, lorsque l'on fume du crack, une absence de risque sur le plan social. Pour une psychiatre parisienne d'un CSST, il est clair « *que des gens insérés (...) tournent autour des consommations de crack et s'y font plus ou moins piéger, jusqu'à venir demander (...) de l'aide (...) parce qu'ils ont fumé leur appartement comme le disait ma collègue l'autre fois* ». Et si ce n'est pas toujours l'appartement qui est mis à mal, des aspects économiques ou administratifs peuvent mettre en difficulté le consommateur. L'utilisateur inséré ou hyper inséré qui relègue ses affaires au second plan, après la cocaïne, se retrouve dans une situation critique par une accumulation de négligences préjudiciables. Un addictologue le vérifie auprès d'un public favorisé sur le plan socio-économique, voire chez des consommateurs hyper insérés : « *des gens qui avaient une bonne situation, (...) évidemment avec la cocaïne vont avoir un nombre de soucis, non pas forcément avec leur appart, même si certains n'ont pas payé le loyer depuis 6 mois, etc., (...) avec les impôts, avec les papiers en retard, etc.* ».

Finalement, à des échelles différentes, ce qui est en jeu ici, c'est le changement de priorité dans la vie de la personne. Si ne pas s'occuper de ses impôts ou de sa CMU<sup>28</sup> relève de niveaux de problématique socio-économique fort différents, il s'agit dans les deux cas d'une priorité du produit sur ce qui concerne la vie sociale, entraînant ainsi des conséquences négatives pour la personne. Cette compulsivité particulière de la cocaïne introduit un paramètre dans la vie du sujet qui se négocie difficilement quel que soit le contexte socio-économique et culturel dans lequel évolue l'individu.

Pour autant, chez certains consommateurs, les dommages sociaux ne sont pas évidents à repérer, malgré de nombreuses années de consommation. Si le risque de problèmes sociaux existe avec la cocaïne, il ne s'actualisera pas systématiquement. L'absence de problèmes sociaux graves permet à certains de poursuivre leur consommation. Un psychiatre qui accueille plutôt des patients très favorisés sur le plan socio-économique remarque que parfois, malgré de très longues périodes d'intoxication à la cocaïne, des patients ont tenu « le coup ». « *J'ai vu (...) ici (...) beaucoup de gens qui avaient consommé pendant vingt ans, vingt-cinq ans, et qui continuaient à faire la fête et à reprendre de la coke, tout le temps, (...) Et apparemment, (...) s'en sortent... ils sont quand même dans des professions, brillantes, à Paris, ils continuent d'aller au bureau... Bon, parfois, ils sont dans un état insupportable, pour eux-mêmes et pour leur entourage, je ne vais pas dire que ce sont des personnes équilibrées, mais quand même, ils tiennent le coup, c'est ça qui est étonnant.* »

Mais pour d'autres moins « chanceux », « *les conséquences commencent à se propager, à toucher (...) soit le travail, soit les relations* », note un psychiatre, hospitalier parisien. À la Martinique, il s'agit parfois d'hommes socialement insérés, pour qui, après des périodes de consommation plus ou moins longues, la « machine cocaïne s'emballe ». « *On vient (...) dans le cabinet (...) pour jouer*

28. Couverture maladie universelle.

(...) la scène : *“ma femme a déposé un papier pour le divorce... je risque un problème judiciaire ou professionnel”*. (...) Ils ont quand même des particularités communes, là ce sont des gens qui ont déjà 30 ans, qui ont une femme, qui ont des enfants... Ils ont une gestion de leur temps et de leurs finances. Ceux-là ne sont pas ceux de la grande précarité. » Pour la personne insérée, l'addiction à la cocaïne peut retentir sur ses ressources, sur sa vie familiale et professionnelle. La vie familiale et sociale de la personne bascule dans de multiples complications.

Les équipes de liaison ont peu fait état des problèmes sociaux des usagers. Pour autant, ces problèmes sont en toile de fond des situations cliniques d'une partie des patients qu'ils rencontrent pour des problèmes en lien avec l'usage de cocaïne. Ceci est particulièrement vrai pour les équipes parisiennes et à Fort-de-France. Les patients que rencontrent les ECIMUD entrent à l'hôpital par des *« portes pathologiques »* qui transcendent les catégories sociales. Mais les problèmes sociaux demeurent : *« Je pense qu'il y a des troubles sociaux, en général ils sont « à sec », avec des problèmes d'argent et des problèmes familiaux (...) ou des conflits... »* (Toulouse).

Chez certains consommateurs de crack, la consommation entraîne des conséquences sur le plan de la délinquance. Une délinquance favorisée par l'effet de désinhibition du produit. Un psychiatre en Martinique associe les actes délinquants à l'induction de troubles psychiatriques par les effets du produit lui-même. Ainsi, les patients délinquants qu'il connaît *« présentent souvent des complications psychiatriques toxiques, c'est-à-dire des syndromes de référence, (...) ce qui explique qu'ils soient parfois agressifs, et qui les poussent à faire des bêtises, à la recherche de l'argent »*. En Martinique, l'équipe de liaison estime qu'il est difficile de s'extraire de modes de fonctionnement délinquants pour les usagers qui y ont recours afin de satisfaire leurs consommations.

### **Crack, une forme de prostitution particulière ?**

Les dispositifs de soins parisiens et martiniquais observent un lien étroit entre crack et prostitution. Les rapports à la fois violents et de domination masculine qui structurent les couples, les groupes plus ou moins stables d'usagers de crack, que ce soit dans le 18ème ou à la Mangrove, expliquent ces situations où les soignants constatent des dégradations rapides de l'état sanitaire et social des femmes (plus rapides que chez les hommes). Un psychiatre à Paris trouve que *« c'est un milieu qui maltraite encore plus les femmes que d'autres, c'est vraiment une utilisation des femmes bien sûr pour obtenir du fric en les prostituant, mais aussi en les utilisant comme objet sexuel, (...) c'est très très particulier »*.

Pour un intervenant de première ligne, les femmes *« une fois dans le produit, (...) elles ont plus de mal à mettre un peu le holà à leur consommation »*. La dégradation de leur situation sociale et de leur état sanitaire résulterait de

l'absence de « *pause* » dans la consommation. Usagers (masculins) et acteurs de santé spécialisés expriment ou sous-entendent que le recours à la sexualité est le facteur majeur qui explique cette dégradation. Une des limites à la consommation de cocaïne est son coût. En dehors de publics hyper-insérés pour qui l'argent n'est pas forcément un problème, pour les autres, l'argent est une régulation de la consommation et donc d'une certaine manière des problèmes qui y sont inhérents. Un médecin d'un dispositif de première ligne explique qu'« avec le crack, le problème de l'argent a amené, de fait, une plus grande prostitution » des femmes. Les possibilités sont limitées « *pour trouver de l'argent, soit tu voles, soit tu vends ton cul* » (Paris).

Pour les intervenants des structures de première ligne, les liens entre crack, sexualité et précarité sont évidents et facteurs de problèmes sociaux, psychiques et sanitaires spécifiques. Provocations sexuelles, rapports de domination et d'exploitation, violences, pertes de l'estime de soi, et pour finir, grossesses non désirées et maladies sexuellement transmissibles sont des conséquences observées de cette problématique. Un médecin parisien décrit de façon directe et explicite cette situation du crack précaire au féminin : « *Il y a des nénettes, elles fument du crack, elles se mettent à poils, et elles se branlent devant tout le monde. Il y a aussi tout le problème du dealer/consommateur ; tu n'as pas de sous, mais tu vas lui faire une pipe pour avoir un caillou. Le sexe fait partie du business, du mode de vie. (...) tu as toujours une monnaie d'échange, c'est ton sexe.* ».

Le circuit drogue-prostitution-drogue est au plus court, puisque ce qu'avait montré Abdalla Toufik<sup>9</sup> est toujours d'actualité à Paris et à la Martinique : avec le crack, il n'y a plus dans le rapport sexuel prostitué à passer forcément par l'argent. L'utilisateur échangeant directement le sexe contre le crack.

## DISCUSSION

*Des difficultés multifactorielles pour caractériser les problèmes sanitaires et sociaux en lien à l'usage de cocaïne.*

### **La polyconsommation, un facteur masquant de la caractérisation des problèmes en lien avec l'usage de cocaïne**

Les usagers de drogue de l'hexagone ou de la Caraïbe sont pour l'essentiel polyconsommateurs. Il n'est pas exagéré d'affirmer que la monoconsommation de cocaïne ou de crack est théoriquement envisageable, mais dans la réalité jamais observée. De ce fait, l'imputabilité de problèmes comme conséquence d'usage de cocaïne reste délicate. Du moins, d'un point de vue strictement épidémiologique, car dans l'examen casuistique, certaines propriétés de la cocaïne sont suffisamment établies pour construire des hypothèses acceptables.

En matière d'accidents vasculaires par exemple, du fait de la vulnérabilité multifactorielle (tabac, alcool, polyconsommation, cholestérol, HTA<sup>29</sup>, etc.), les praticiens font preuve d'une grande prudence pour mettre en cause la cocaïne dans un certain nombre de situations ambiguës. La réalisation d'autopsie permettrait de clarifier et d'établir le rôle réel de la cocaïne dans des décès où la suspicion est aussi forte que le doute, notamment dans les cas qui associent alcool et cocaïne compte tenu des facteurs de risques très importants du cocaéthylène.

Comme pour d'autres problèmes somatiques, dans le cadre de la périnatalité, la responsabilité de la cocaïne se dissout dans des polyconsommations qui sont systématiquement présentes. Car les problèmes rapportés concernent principalement des polyconsommatrices, injectrices de cocaïne ou fumeuses de crack qui associent des opiacés, et/ou consomment toujours du tabac, de l'alcool souvent, et utilisent de façon prescrite ou détournée des psychotropes. Ainsi, il est possible que des pathologies obstétricales ne soient pas toujours identifiées dans leurs liens avec la cocaïne.

Autres difficultés rencontrées dans la caractérisation des problèmes, les phénomènes liés à l'injection de cocaïne qui sont passés pendant longtemps – et peut-être encore actuellement – inaperçus par une partie des acteurs de première ligne, car non distingués de ceux causés par l'injection de BHD. Dans la représentation sociale des drogues, la cocaïne n'est pas associée à l'injection, mais à la fête et au sniff, au crack et à la fumée. Si l'injection de cocaïne est connue des acteurs, les abcès, nécroses et infections diverses que l'on trouve chez des usagers de cocaïne, sont suffisamment spectaculaires et spécifiques pour que le rôle du stimulant soit reconnu y compris dans les situations d'injection de BHD associées. La compulsivité qui pousse à la multiplication des injections, ses propriétés d'anesthésiant local et son pouvoir nécrosant des tissus veineux, font de l'injection de cocaïne une problématique de réduction des risques en soi qui mérite d'être appréhendée dans sa spécificité et dans ses dynamiques éventuelles avec d'autres produits, et notamment l'injection de BHD.

Dans le même ordre d'idées, les problèmes liés à la consommation de cocaïne base peuvent aussi passer inaperçus dans les structures de première ligne hexagonales, centrées sur l'injection de façon générale et d'opiacés en particulier. De ce fait, elles investiguent peu avec les usagers les questions de la consommation de cocaïne base. Bien souvent ce type de consommation est réduit à deux groupes de populations : les crackeurs de la Caraïbe et du Nord de Paris et les jeunes teuffeurs. Or, les pratiques de la cocaïne base débordent très largement ces deux catégories.

---

29. Hypertension artérielle.

Enfin, concernant plus les modalités d'administration que la polyconsommation comme vecteur de problème à identifier, il reste à aborder l'hypothèse de la contamination par le VHC, dû à des contacts sanguins liés au partage de matériels incisifs (cutter, fils de cuivre), chez les fumeurs de crack. Plusieurs acteurs ont émis cette hypothèse et à ce jour rien n'est venu la valider ou l'invalider.

### **Dépistages insuffisants et sous estimation**

Qu'il s'agisse de cardiologie ou de neurologie, peu de cas sont mentionnés. Or, on peut faire l'hypothèse d'une sous-estimation globale des problèmes vasculaires en lien avec la cocaïne. D'une part, le peu d'autopsies pratiquées laisse une incertitude importante pour un nombre de cas de décès non négligeable. Et d'autre part, la focalisation sur des sous-groupes : les jeunes, les toxicomanes, les teuffeurs... laisse hors investigation une part importante des consommateurs de cocaïne, ceux dont l'apparence et la peur de la stigmatisation feront qu'on ne se donnera pas les moyens de savoir ce qu'il en est lorsqu'ils ne donneront pas spontanément des informations.

Les AVC et les infarctus du myocarde imputables à la cocaïne ne sont pas caractérisés pour les mêmes populations. Les AVC sont plus souvent identifiés chez des sujets plus jeunes que les infarctus.

Pour les accidents non mortels, l'absence de dépistage, c'est le risque de la poursuite des consommations sur un état vasculaire fragilisé. Les dépistages tardifs de pathologies cardiaques faits en CSST chez des patients plus âgés, montrent que les patients non informés de leurs situations cardiovasculaires et des liens avec leur consommation de cocaïne ont poursuivi des années durant, aggravant d'autant plus, un terrain devenu vulnérable. C'est aussi l'opportunité d'enclencher une démarche sur les conduites addictives qui est perdue. Plusieurs cas de l'étude montrent que le travail motivationnel après un accident vasculaire est tout à fait payant en matière de soins en addictologie.

Ainsi, avec l'insuffisance de dépistage et la sous-estimation qui en découle, une logique systémique s'installe. Ne cherchant pas particulièrement, les acteurs ne trouvent pas grand-chose. Ce faisant, ils confirment leur croyance : « *des AVC en lien avec la cocaïne, il n'y en a pas beaucoup* », ce qui légitime l'absence de recherche : « *on a autre chose à faire de plus prioritaire* ». Mais entre-temps, la diffusion de la cocaïne continue de progresser dans l'ensemble des pays européens et en France.

### **L'association crack et précarité comme facteur occultant des dommages sociaux et périnataux**

Sauf à réduire les problèmes sociaux à la grande précarité, tous les usagers de cocaïne sont susceptibles de rencontrer des difficultés dans leur vie sociale, que ce soit sur le plan financier, professionnel, familial, des relations avec l'entourage, et même judiciaire.

L'association quasi systématique entre crack et précarité qui par comparaison tend à installer les consommateurs de cocaïne chlorhydrate dans des situations d'insertion sociale plus favorable est à la fois juste et problématique. Il serait doublement trompeur de croire que formes chimiques base ou chlorhydrate soit fermement arrimée au contexte social. D'abord parce que l'expérience montre que certains fumeurs de free base, et même de crack, sont insérés, voire hyper insérés et qu'à l'inverse des injecteurs de chlorhydrate ne le sont plus. Ensuite parce que cela pourrait laisser entendre une causalité implicite du produit vers le social : le crack serait l'agent désocialisant. Sans nier le potentiel de compulsivité du crack et par conséquent des facteurs de déstructuration sociale, il s'agit de replacer les phénomènes de désocialisation dans leur complexité dynamique où psychopathologie, contextes sociaux et pharmacologie se combinent dans une concaténation de processus. Il serait préjudiciable à la compréhension des phénomènes que ce qui apparaît comme une liaison forte entre précarité et crack conduise à minimiser les risques de vulnérabilité sociale des consommateurs de cocaïne chlorhydrate.

C'est aussi le cas pour les problèmes périnataux où les marqueurs de la précarité et des comorbidités psychiatriques fonctionnent pleinement dans l'identification des consommations de cocaïne. De ce fait, les consommatrices de chlorhydrate insérées sont moins visibles. Cette situation a tendance à conduire à une interprétation équivoque des problèmes pathologiques de la grossesse comme plutôt liés aux contextes psychosociaux, sous-estimant d'autant le rôle que la cocaïne peut jouer dans des situations pathologiques où ces contextes sont neutres, mais de ce fait restent moins souvent identifiés.

### **La prostitution chez les usagers de crack n'est pas que féminine**

Dans l'enquête, de nombreux acteurs associent assez spontanément crack et prostitution féminine. Notons que la prostitution n'est pas l'apanage du féminin, mais dans l'imaginaire, la prostituée/droguée, figure ancienne de la toxicomanie, combinée à une homophobie très présente dans les milieux de la grande précarité, conduit à parler peu de la prostitution masculine.

La question d'une spécificité de la prostitution chez les consommateurs de crack ne doit pas s'envisager comme une pratique qui concernerait exclusivement les femmes, mais comme une pratique moins fréquemment mentionnée chez les hommes.

### **Médecine de ville et difficultés à caractériser les problèmes en lien à l'usage de cocaïne**

Pour une partie des médecins généralistes de l'hexagone que nous avons interrogés, les problèmes liés à la consommation de cocaïne semblent un peu abstraits, un peu lointains, comme si l'addiction et la toxicomanie, c'était les

opiacés. Ils observent peu de problèmes liés à la cocaïne et les patients leur parlent peu de leurs problèmes avec ce stimulant. C'est comme si les patients restaient flous sur ce qui leur arrive avec la cocaïne et que le médecin ne rentrait pas non plus dans un questionnaire avec eux.

D'autres médecins rencontrés, plus engagés dans la prise en charge des usagers de drogues, observent plus de choses, dans la mesure où leur file active d'usagers problématiques et notamment polyconsommateurs substitués est importante. Les patients sont vus plus ou moins régulièrement ce qui permet au médecin de prendre connaissance des péripéties de leur vie de toxicomane, sans pour autant que la cocaïne soit toujours présentée comme un problème en soi : les problèmes sont amalgamés dans une « galère » globale.

Ce qui pourrait apparaître comme une difficulté des médecins généralistes à caractériser et à se saisir des problèmes de santé des consommateurs de cocaïne doit s'appréhender dans le contexte général du dispositif de soins. Il faut se rappeler que les réseaux ont été mis à mal financièrement durant plusieurs années qui ont précédé l'enquête. De plus, à Paris comme à Toulouse, la priorité reste aux difficultés récurrentes auxquelles les médecins de ville sont confrontés quotidiennement avec les traitements de substitution. Ainsi, la plupart des réseaux hexagonaux pour lesquels nous disposons d'informations n'avaient pas ou peu traité dans leurs réunions récentes des problèmes liés à l'usage ou à la prise en charge des usagers de cocaïne. Enfin, ne disposant pas de réponse médicamenteuse protocolisée, certains hésitent à « soulever » des problèmes que les patients ont eux-mêmes du mal à se poser.

### **COMMENT LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ CARACTÉRISENT-ILS LES PROBLÈMES RENCONTRÉS PAR LES USAGERS DE COCAÏNE ET DE CRACK QU'ILS CÔTOIENT ? POINTS CLÉS DE L'ENQUÊTE :**

- Les acteurs ne décrivent que des polyconsommations associant un ou plusieurs produits parmi tabac, alcool, opiacés, et/ou autres psychotropes licites ou illicites.
- Dans les cas de problèmes somatiques aigus et notamment vasculaires, l'usage nocif de cocaïne semble insuffisamment identifié.
- Aux urgences, le dépistage de l'usage de cocaïne est rarement fait en première ligne.
- Les troubles psychiatriques représentent les problèmes les plus fréquemment rencontrés.
- La distinction entre troubles psychiatriques induits par l'usage et comorbidités n'est pas toujours clairement établie.
- Les comorbidités psychiatriques décrites par les acteurs sont principalement de trois sortes : troubles bipolaires, schizophrénie et troubles dépressifs. Comorbidités sur lesquelles la cocaïne agit de façon transitoire sur l'expression des symptômes.

- Épuisement et amaigrissement caractérisent l'usage addictif.
- L'addiction à la cocaïne ou au crack alterne des périodes d'usage compulsif plus ou moins longues avec des moments d'arrêt de consommation. Cette particularité apparaît comme un élément à prendre en compte dans les prises en charge.

1. Mangon É., op cit.
2. Régier D.A., et al, op cit.
3. Halfen S. et al, op cit.
4. Cadet-Taïrou A., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006, huitième rapport national du dispositif TREND, OFDT, février 2008.
5. Halfen S. et al, Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux en 2007 et évolutions, ORS IdF/OFDT, juin 2008, 102 p.
6. Toufik et al, Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD, OFDT, Tendances N° 61, mai 2008.
7. Roques, B., Rapport sur la dangerosité des drogues, documentation française, 1998.
8. Sansfaçon D. & Coll., Drogues et dommages sociaux, revue de la littérature internationale, OFDT, Juin 2005, 456 p.
9. Toufik A., op cit

## QUELS TYPES D'INTERVENTION ET DE SUIVIS SONT MIS EN ŒUVRE À LEUR ENDROIT ?

### ***TRAITEMENTS NON SPÉCIFIQUES DES PROBLÈMES LIÉS À LA CONSOMMATION DE COCAÏNE***

#### ***Traitements non spécifiques des problèmes d'addiction à la cocaïne***

Nous décrirons ici comment les services de soins spécialisés en addictologie (CSST<sup>1</sup>, services hospitaliers d'addictologie, CCAA<sup>73</sup>) abordent les différents aspects de la prise en charge des patients lorsqu'ils ne mettent pas en œuvre d'interventions spécifiques pour les usagers de cocaïne.

Un premier niveau d'interrogation porte sur l'existence d'une approche spécifique en matière de soins aux usagers problématiques de cocaïne. En effet, en dehors de la Martinique où la cocaïne est, avec le cannabis, le principal et seul problème que posent les substances psychoactives illicites, les structures de l'hexagone n'ont pas vocation, à de rares exceptions près, à traiter la cocaïne plus particulièrement que d'autres produits. De plus, dans la mesure où le niveau de demande pour la cocaïne reste bas, il n'est pas surprenant que les dispositifs ne proposent pas d'approches spécifiques pour les cocaïnomanes. Enfin, l'absence de consensus sur le plan méthodologique de la prise en charge ne favorise pas la mise en place de protocoles particuliers.

Le schéma d'arrêt de la consommation, rupture-éloignement-réinsertion, fonctionne dans l'hexagone dans le cadre de propositions avec hébergement (centres de post-cure, appartements thérapeutiques, familles d'accueil) pour des usagers en difficulté avec la cocaïne ou le crack y compris parfois pour des usagers originaires des départements d'Outre Mer qui peuvent y être accueillis.

---

1. Centre de Soins Spécialisés pour toxicomanes.

2. Centre de cure ambulatoire en alcoologie.

Les approches psychothérapeutiques ne font pas de différence en fonction du produit, qu'elles restent comme le plus souvent d'inspiration psychodynamique ou « *basées sur les techniques cognitivo-comportementales de prévention de la rechute* ». Parfois, des thérapies familiales de type systémique peuvent être proposées à la famille ou au couple du patient cocaïnomanes.

Des prescriptions médicamenteuses dont la cible est symptomatique peuvent aussi participer de la prise en charge, il s'agit bien souvent de traiter, l'insomnie, l'anxiété, les troubles dépressifs. Certaines structures disposent d'ateliers orientés sur la santé : « *il y a des ateliers aussi, (...) atelier senteur, atelier diététique, atelier... (...) relaxation* » (Martinique) ou d'expression comme à Toulouse par exemple : « *arts plastiques, écriture et théâtre* ».

En dehors de rares dispositifs plus particulièrement orientés pour les « cracqueurs », ou de praticiens qui affichent une spécificité en direction des cocaïnomanes, à l'intérieur de services d'addictologie plus « généralistes », la plupart des approches que l'on nous a décrites n'étaient pas spécifiques au patient cocaïnomanes.

### **Traiter les conséquences psychiatriques de l'usage nocif**

À partir du matériel recueilli auprès des psychiatres non spécialisés en addictologie et des médecins généralistes, nous aborderons comment sont traités les troubles psychiatriques aigus induits par la cocaïne.

Les réponses aux troubles psychiatriques induits dépendent de plusieurs facteurs dynamiques imbriqués dans le temps. Le moment clinique, la présence et la gravité de « *pathologies psychiatriques sous-jacentes* » et le type et l'importance de la relation que le patient entretient avec les produits en général et la cocaïne en particulier, sont des paramètres intégrant le raisonnement clinique qui déterminera la ou les réponses. Souvent, c'est dans un moment de crise que le besoin de réponses d'ordre psychiatrique se manifeste.

« *En général, s'ils arrivent chez moi c'est qu'ils ne sont vraiment pas bien. Délirants ou extrêmement excités (...) à ce moment-là (...) on leur fait un traitement qui vise à les séder, qui vise à atténuer leur angoisse, (...) C'est plus du traitement de l'épisode, qui permet de s'apaiser* », explique un psychiatre d'un service hospitalier parisien.

Dans ces moments de crise d'agitation anxieuse, la réponse peut, en plus de la molécule, passer par l'isolement. Cette démarche n'est pas spécifique aux patients cocaïnomanes, mais relève de « *la conduite à tenir dès qu'un patient est agité ou potentiellement agité (...) il arrive qu'on soit obligé d'isoler des patients, mais c'est rare* ». (Psychiatre, service d'urgences, Paris).

Le traitement de la phase d'intoxication aiguë fait consensus et face à une symptomatologie où l'agitation envahit le tableau clinique, les praticiens disent avoir recours à « *une sédation par neuroleptiques sédatifs* », notamment lorsque les patients manifestent des comportements agressifs ou violents. Comme le

précise un médecin généraliste martiniquais : « *je ne prescris pas pour agitation anxieuse, je prescris pour empêcher le passage à l'acte (...) faut casser le truc, faut faire dormir, faut apaiser, faut passer un cap difficile* ».

Une hospitalisation peut aussi être proposée au patient, parfois sous la contrainte. Selon le statut de l'hospitalisation, libre ou contrainte, immédiatement après la phase aiguë, la réponse à la psychopathologie psychiatrique peut passer par un prolongement de celle-ci dans une unité de soins. Ainsi, l'unité d'accueil et d'orientation du centre hospitalier spécialisé à la Martinique, qui reçoit des patients en hospitalisation d'office pour des séjours de courte durée, les garde le temps que le secteur d'origine prenne le relais. La durée de l'hospitalisation dépend aussi du patient et de son acceptation des soins.

Quoi qu'il en soit, la réponse aux problèmes psychiatriques n'est pas seulement médicamenteuse. Selon les structures et les orientations psychopathologiques des praticiens, d'autres propositions sont faites aux patients usagers de cocaïne durant leur hospitalisation. Et si l'hospitalisation permet d'affiner le diagnostic et de mettre en place les réponses médicamenteuses, psychoéducatives ou psychothérapeutiques nécessaires, la plupart du temps, ces prises en charge doivent se prolonger au-delà de la période d'hospitalisation.

Les médecins généralistes de ville aussi sont parfois amenés à traiter les symptomatologies psychiatriques des patients usagers de cocaïne qu'ils suivent. Souvent, il s'agit de patients bénéficiant d'un MSO<sup>3</sup>, mais pas toujours. Un généraliste résume la situation thérapeutique des patients cocaïnomanes en médecine de ville : « *Le traitement, c'est toujours pareil : neuroleptiques, benzodiazépines et morphiniques (...) Ceux qui sont déjà dépendants des opiacés, ils surconsomment l'opiacé en substitution pour calmer le jeu. L'état anxieux, dépressif, que provoque la cocaïne, on le pallie avec des benzodiazépines, et en ce qui concerne l'agitation, la pulsion, le côté délirant, on n'aura jamais assez de benzodiazépines, donc on ajoute un neuroleptique* ».

### **Traiter les pathologies psychiatriques dans leurs intrications à l'usage de cocaïne**

*La prise en charge des pathologies psychiatriques aggravées par des consommations de cocaïne est un autre volet des interventions proposées par les psychiatres non spécialisés en addictologie.*

Prendre en charge les pathologies psychiatriques du patient consommateur de cocaïne dépend du diagnostic psychopathologique, mais aussi du type de consommation. De façon générale, il y a une « répartition » entre service de psychiatrie et service de psychiatrie dédié aux addictions. En l'absence de

---

3. Médicament de substitution aux opiacés.

comorbidité psychiatrique, une fois traités les troubles psychiatriques aigus induits par l'intoxication, les patients sont réorientés vers l'addictologie. Inversement, les patients qui ont des consommations ponctuelles de cocaïne, mais qui en revanche présentent des troubles psychiatriques, ne sont pas réorientés.

Dans les situations où le trouble psychiatrique est central et la cocaïne un facteur perturbant, une réponse d'ordre psychoéducatif par rapport à la consommation est aussi proposée pour améliorer le trouble. Il s'agit d'éduquer le patient aux incidences de sa consommation sur sa pathologie et son traitement.

Enfin, dans les cas où il existe une pathologie psychiatrique, mais où le patient « *est polytoxicomane, avec des consommations hyper importantes, à ce moment-là, on l'envoie spécifiquement sur (le service d'addictologie) conjointement avec un suivi psychiatrique* » (Secteur public).

Dans une logique où la pathologie « sous-jacente » est envisagée comme « première » par rapport à la consommation de cocaïne, le praticien escompte que l'amélioration de cette pathologie aura un effet positif sur les problèmes d'addiction.

Globalement, les médecins rencontrés prennent en compte la consommation de cocaïne dans le choix des médicaments prescrits pour le traitement des pathologies associées. Même si pour les psychiatres, le choix du type de molécule repose avant tout sur les données diagnostiques psychopathologiques. Dans le cas de troubles dépressifs, par exemple, le praticien cherchera à déterminer à quel type de pathologie il a affaire, s'il y a eu des traitements antérieurs, etc., mais le deuxième niveau de critères intègre la dimension addictive. Comme l'explique un psychiatre : « *je ne donnerais pas un antidépresseur trop excitant, plutôt quelque chose d'un peu sédatif, mais là aussi, il faut faire attention au fait de speeder d'un côté et calmer de l'autre, parce que souvent ces patients ont l'habitude de faire ça* » (Secteur privé).

Les troubles bipolaires sont un cas intéressant et paradigmatique du problème auquel est confronté le médecin dans ses prescriptions pour les troubles psychiatriques du patient consommateur de cocaïne base ou chlorhydrate. Les praticiens établissent des similitudes d'états mentaux entre les symptômes induits par la pathologie et les effets de la cocaïne. La dimension bipolaire du trouble, structurée par un pôle dépressif et maniaque, implique le traitement de ces deux symptomatologies. Le raisonnement thérapeutique des praticiens ressemble alors à un plan de navigation entre Charybde et Scylla. Avec la cocaïne, le choix moléculaire pour traiter la symptomatologie psychiatrique est délicat puisque le traitement doit compenser un déficit ou corriger un excès, tout en évitant de produire un état qui rappellerait au sujet son vécu cocaïnique. Un traitement aux effets trop sédatifs pourrait être ressenti sur un mode dépressif, et par là, devenir, pour sortir de cet état, un vecteur de relance d'une consommation de cocaïne ; inversement, un traitement trop stimulant aurait comme effet de produire un état proche de celui que le patient recherche lorsqu'il consomme le produit.

## Traiter les conséquences somatiques de l'usage nocif de cocaïne

*Les différents problèmes somatiques aigus induits par l'usage de cocaïne sont traités de façon non spécifique par l'ensemble des praticiens selon leurs spécialités médicales.*

Il n'y a pas à proprement parler de réponses spécifiques aux problèmes aigus somatiques en lien avec la cocaïne. La plupart du temps, le problème est traité sur le plan pathologique sans tenir compte du facteur étiologique. D'ailleurs, dans un certain nombre de cas, le problème peut être traité en l'absence de toute connaissance étiopathologique, c'est le cas des services d'urgences qui ont pour priorité le caractère vital du problème. « *Soit ils font des problèmes graves avec la cocaïne, et là on est forcé d'intervenir c'est-à-dire c'est l'AVC<sup>4</sup>, c'est l'infarctus, c'est la mort subite... (...) de toute façon, on n'a pas beaucoup de critères d'imputabilité et ça ne change pas beaucoup de choses, parce que quand on arrive, l'AVC, (...) il l'a fait, donc pour notre prise en charge, c'est pareil.* » (Toulouse). Quelle que soit la cause de l'infarctus ou de l'AVC, le traitement symptomatique restera identique. « *Alors au niveau de la prise en charge à la phase aiguë, c'est la même chose car il y a (...) des traitements qui sont totalement communs à tous les types d'AVC. Il n'y a pas d'indications, en tous les cas reconnues à l'heure actuelle, à aller faire plus, c'est-à-dire à mettre des anticoagulants. Un patient qui va faire un accident vasculaire cérébral, chez qui on suspecte du crack, il va avoir le traitement habituel.* » (Martinique).

Mais en dehors de pronostics vitaux, la question d'entreprendre des soins somatiques se pose parfois, notamment lorsque ceux-ci sont lourds et coûteux, et si leur résultat peut être remis en cause par de nouvelles consommations. C'est le cas en chirurgie plastique réparatrice du nez. Un chirurgien explique une position qu'il pense être en accord avec le consensus de la profession : « *le vrai problème de prise en charge (...), c'est que (...) je ne peux faire aucune réparation* » tant qu'ils sont consommateurs.

## APPROCHES SPÉCIFIQUES DES PROBLÈMES D'ADDICTION À LA COCAÏNE

Certains acteurs du soin spécialisé aux addictions développent des interventions spécifiques pour les patients cocaïnomanes. Nous en examinerons les différentes formes dans les parties qui suivent à partir des matériaux recueillis auprès des CSST, services hospitaliers d'addictologie, équipes de liaison, médecins de réseau.

---

4. Accident vasculaire cérébral.

## Accompagner l'arrêt de la consommation

Plusieurs médecins décrivent une approche spécifique du patient abuseur de cocaïne, lorsque celui-ci se présente au terme d'un épisode de consommation intensive dans le souci « d'arrêter ». L'hospitalisation à visée sédatrice semble une réponse largement répandue et qui se transmet des praticiens plus anciens aux plus jeunes. « J'avais demandé à S. à l'époque : "qu'est-ce que je fais ? – c'était un week-end – il est hyper angoissé, il a pris de la cocaïne, qu'est-ce que je fais ?" Il m'a dit : " c'est très simple, tu lui donnes un neuroleptique sédatif, tu le gardes trois jours " ». C'est ainsi, qu'un médecin toulousain décrit son « apprentissage » de la conduite à tenir face au cocaïnoman qui sort d'un binge<sup>5</sup>. Dans plusieurs cas décrits, les médicaments utilisés sont des neuroleptiques d'ancienne génération, recherchés pour leur efficacité sédatrice. « On utilise souvent l'ancienne génération. (...) Ils ont des gros troubles du sommeil, donc on s'aide beaucoup des neuroleptiques (...) pour les aider à dormir ».

Parfois, l'hospitalisation peut se prolonger et être ainsi l'occasion de « motiver » le patient « pour qu'il percute un peu sur ses pratiques » (Toulouse). Le temps du sevrage, peut être l'occasion de faire « le bilan des conséquences somatiques, psychologiques, s'il y a des problèmes somatiques on essaie de les prendre en charge. » (Martinique) et d'engager une démarche de soins en synergie avec le traitement du problème de cocaïne.

Les praticiens plus familiarisés avec les patients dépendants aux opiacés ont compris que l'usager de cocaïne a des raisons pour ne pas être aussi demandeur de soins que celui qui vient chercher régulièrement sa prescription de MSO. De ce fait, il y a une nécessité d'en tenir compte dans la mise en place de la relation soignant-soigné ainsi, le temps du soin qui pourrait s'apparenter à « l'après sevrage » s'envisage dans un suivi resserré du patient. « Pour arrêter, juste un petit sédatif, et puis de les revoir très régulièrement, c'est-à-dire qu'on les voit deux fois par semaine, on ne veut pas les lâcher », explique un médecin généraliste, intervenant en CSST à Toulouse.

Certains praticiens accompagnent le sevrage par la prescription expérimentale de molécules spécifiques, c'est le cas à Paris et à la Martinique.

## Utilisation expérimentale de médicaments dans le traitement des problèmes addictifs

Si parmi les nombreuses molécules qui apparaissent de façon encourageante dans la littérature certaines sont utilisées dans la pratique française, toutes ne

5. Consommation intense.

le sont pas. C'est le cas du modafinil (Modiodal®) qui est considéré comme une amphétamine-like, mentionné dans diverses études, et connu de certains praticiens, mais qui n'est prescrit que de façon exceptionnelle du fait de restrictions de prescription dont il fait l'objet, et malgré l'intérêt qu'il suscite chez les addictologues. « *Il y a des molécules qui marchent bien, le Modiodal®, modafinil, c'est probablement des molécules intéressantes, le problème du Modiodal® en France, c'est qu'il faut une ordonnance de prescription restreinte, par des neurologues, il faut prouver que la personne a une narcolepsie, des troubles du sommeil ou une hypersomnie familiale et sinon, c'est impossible de prescrire.* » (Martinique). Un projet d'étude pour cette molécule a été déposé dans le cadre d'un PHRC<sup>6</sup>.

La Ritaline®, molécule indiquée dans le cadre du traitement d'enfants ou d'adultes hyperactifs est, elle aussi, peu prescrite dans le cadre de la dépendance à la cocaïne, car d'un maniement délicat dans la mesure où des consommateurs s'en font déjà prescrire à des fins de détournement. « *La Ritaline®, ce sont les patients qui la prennent eux-mêmes. C'est de plus en plus. Le marché de la Ritaline® est en train d'apparaître, issu du trafic ou de l'Internet* », explique un addictologue parisien. Pour certains praticiens, il y aurait des indications de prescriptions de psychostimulants comme le méthylphénidate (Ritaline®) ou le modafinil (Modiodal®), chez des patients dépendant à la cocaïne, mais il s'agirait là de traiter des troubles préexistants comme l'hyperactivité de l'adulte par exemple. Pour eux, ce type de démarche reste marginal.

Un addictologue interrogé a un projet de recherche sur la Ritaline®. Avec l'utilisation des stimulants comme le modafinil (Modiodal®), le méthylphénidate (Ritaline®) ou la tomoxétine (Strattera®), on peut se demander si d'une certaine manière, la démarche ne s'inscrit pas dans une logique de « *traitement de substitution* ».

Parmi les molécules « *prometteuses* », les agents GABAergiques utilisés expérimentalement et dont les résultats apparaissent de façon plutôt positive dans les comptes rendus de plusieurs études ne sont pratiquement pas mentionnés par les médecins interrogés, si ce n'est à la Martinique, mais juste comme possibilité et non comme prescription fréquente. Il en va de même pour le disulfiram qui semblerait juste utilisé en cas d'alcoolisme comorbide.

En revanche, facile à utiliser et à manier, le Mucomyst® (N-acétylcystéine) a fait l'objet de différentes études ces dernières années, d'abord dans le cadre de sevrages de personnes dépendantes à la cocaïne, puis plus récemment dans un objectif de réduction du craving<sup>1</sup>. En 2006, Larowe *et al.* concluent dans l'*American Journal of Addiction* que les résultats de leurs études préliminaires suggèrent que le N-acétylcystéine peut réduire de façon relative les symptômes de manque et de craving<sup>2</sup>. Un psychiatre qui l'avait déjà expérimentée confirme l'intérêt de cette molécule. « *Pour les sevrages, à un moment donné, (...) j'avais*

6. Programme hospitalier de recherche clinique.

trouvé l'acétylcystéine, le célèbre Mucomyst®, qui marche bien... quelques petites expériences sur quelques-uns de mes patients... » (Service hospitalier d'addictologie). Actuellement, un service hospitalier d'addictologie communautaire<sup>7</sup> sur l'utilisation de cette molécule dans le cadre du sevrage et de la réduction du craving, rendant ainsi visible une réponse possible.

L'Épitomax® (topiramate) est une des molécules les plus citées dans l'enquête soit par ceux qui en prescrivent soit par ceux qui, sans la prescrire, connaissent son utilisation dans une indication de réduction du craving. « *Moi, j'utilise beaucoup, beaucoup d'Épitomax®. Depuis 2004, j'utilise l'Épitomax® très régulièrement (...) L'indication c'est, pour moi, tout patient consommateur de crack peut bénéficier de l'Épitomax®* » (Service hospitalier d'addictologie). La maniabilité, malgré le peu de mentions dans la littérature et les observations encourageantes que ses prescripteurs font en clinique peuvent rendre compte de ce « succès ». « *Alors la seule chose qu'on donne assez systématiquement en début de sevrage c'est l'Épitomax® (...) j'ai l'impression que ça donne de bons résultats. Là aussi, à condition que les gens soient suffisamment accros à la structure pour qu'ils puissent revenir et avoir un suivi. (...) mais quand on les revoit, habituellement, (...) ça marche pas mal même.* » (Martinique).

Toutefois, ce « succès » du topiramate n'est pas unanime et certains psychiatres après l'avoir expérimenté, lui préfère d'autres molécules. À l'instar de ce psychiatre, d'un service hospitalier d'addictologie, à Paris qui utilise « *principalement l'Abilify®... Moi, j'ai fait quelques essais de topiramate (Épitomax®) qui n'ont pas été très concluants donc je suis peut-être moins enthousiaste que d'autres collègues sur Paris, qui l'ont prescrit avec semble-t-il de bons résultats... On va réessayer aussi, probablement.* ». L'Abilify® (aripiprazole), est un antipsychotique atypique comme le Solian® (amisulpride), le Zyprexa® (olanzapine) ou le Risperdal® (rispéridone). L'Abilify® est utilisé par plusieurs praticiens de l'enquête. D'autres sont réticents à utiliser un antipsychotique pour des patients qui ne présenteraient pas de troubles de type psychotique et lui préfèrent souvent l'Épitomax® : « *moi, ça me gêne d'utiliser un neuroleptique chez des gens qui n'ont pas d'éléments psychotiques, je préfère utiliser quelque chose qui n'est pas un neuroleptique* ». L'utilisation de ce neuroleptique de nouvelle génération est parfois mise en doute quant au risque encouru au regard du bénéfice escomptable : « *filer un truc comme l'Abilify® (...) en ambulatoire, jamais je ne le ferais* » (Addictologue, Paris).

Comme on le voit en matière de traitements médicamenteux : « *personne n'est d'accord sur rien, c'est pas qu'en France, c'est mondial. (...) on est simplement d'accord sur le fait qu'il y a pas de substitution, mais qu'il y a des molécules qui marchent bien* » (Addictologue, Martinique).

7. Depuis la fin de l'investigation, nous avons appris par les médias en avril 2008 qu'un centre d'addictologie parisien proposait l'utilisation de l'acétylcystéine dans le cadre de sevrage.

## Psychothérapies cognitives et comportementales

En France, à la différence des pays anglo-saxons, les thérapies comportementales restaient, jusqu'à une époque encore récente, relativement peu développées dans le champ de l'aide au toxicomane. Derrière ces termes génériques de « *thérapies comportementales* » se rassemble un ensemble de méthodes plus ou moins proches. Un psychiatre qui développe ce type d'approche fait l'inventaire de ces différentes méthodes et le point sur leur mise en œuvre.

« *Le modèle, thérapie comportementale, il y a différentes choses, vous avez la TCC : la Thérapie Cognitive et Comportementale ; vous avez les techniques motivationnelles ; vous avez le management des contingences, qui n'est pas du tout utilisé en France (...)* ; il y a le modèle du renforcement communautaire, qui emprunte un peu à différentes techniques ; il y a le Matrix model, qui est le modèle américain, californien (...) c'est un modèle guidé par manuel, sur 16 semaines et qui emprunte à différentes techniques (...) on est en train de traduire le manuel de Carroll<sup>5</sup>, qui est la référence en Thérapie Cognitive et Comportementale dans la cocaïne, enfin dans les stimulants (...) on est en train de le traduire, et essayer de voir comment on peut l'adapter au modèle français. J'ai déjà commencé sur deux patients. (...) c'est un programme de trois mois, à raison d'une séance par semaine (...) On travaille sur le craving, on travaille sur comment dire non, sur l'estime de soi, enfin sur plein de choses, quoi. »

Sur l'ensemble des sites, l'utilisation de ces approches est différente. La Martinique, plus proche de l'Amérique du Nord, manifeste un intérêt pour ce type d'approche, des soignants sont formés aux thérapies brèves, aux TCC<sup>8</sup> et aux entretiens motivationnels, tant au niveau du secteur psychiatrique que de l'addictologie. Si tous les services n'utilisent pas de façon systématique ces techniques, des médecins ont des projets de formations pour intensifier leurs recours. À l'opposé, les praticiens interrogés sur le site de Toulouse ne font pas référence à ce type d'approche. Sur Paris, la situation est plus complexe, certaines équipes font référence à certaines de ces techniques, et d'autre pas, des services incluent les TCC dans une offre large, et l'on voit cohabiter au sein d'un même CSST ou d'un service hospitalier en addictologie des praticiens qui mettent en œuvre ces techniques et d'autres pas. Ainsi, on peut aujourd'hui rencontrer un panel d'approches regroupées au sein d'une même équipe à l'instar de celle-ci : « *les autres psy sont plutôt psychanalystes, sauf, les deux psychiatres, (l'un) qui a une vision assez (...) psychiatrique de sa pratique (...) et (l'autre) qui (...) est comportementaliste.* »

Les structures ne sont pas les seules à utiliser des techniques comportementales, parfois des médecins généralistes peuvent y recourir dans une démarche de motivation du patient à engager ou suivre un traitement. En effet certains d'entre eux utilisent déjà l'entretien motivationnel pour d'autres formes

8. Thérapies cognitives comportementales.

d'addiction comme le tabac et l'alcool, c'est donc un transfert de compétence pour l'adapter à la cocaïne. C'est le cas sur Paris, mais aussi en Martinique où un généraliste explique, à propos des techniques de l'entretien motivationnel, qu'il a « *fait une petite formation* ».

Cette méthode inspire quelques praticiens dont certains semblent l'utiliser plutôt comme des « *ficelles* » pour débloquer une situation, inciter à une prise de conscience ou favoriser une décision, que comme un programme structuré qu'il faudrait suivre. À l'instar de ce psychiatre qui se dit proche de la psychanalyse et n'a « *pas de formation TCC en tant que telle, (mais qui) aime bien utiliser de temps en temps des petites ficelles TCC.* » Plus rarement, ce sont des équipes entières qui sont formées aux TCC, s'y réfèrent et les utilisent.

Certains professionnels rencontrés regrettent le manque de praticiens, de formations, et de moyens dédiés à ces approches. Il y a pourtant une volonté de développer ce type d'approche dans plusieurs équipes rencontrées, comme pour ce médecin responsable d'un CSST à Paris qui « *insiste bien pour le moment, (...), il n'y a pas de TCC, il n'y a pas tout ça (...) on veut mettre ça en place* ».

Ce manque de moyens ne pourrait-il pas se résoudre en partie dans des rapprochements avec les services d'alcoologie qui sont déjà dans des démarches comportementalistes depuis longtemps et notamment au travers de dispositifs de groupe. D'autant qu'il y a une certaine logique à ce rapprochement : double addiction fréquente et population insérée qui ne se reconnaît pas forcément dans le public des CSST. « *L'alcoologie fait des groupes de patients et développe un peu la TTC. On va incorporer évidemment nos patients dans ces groupes-là* », anticipe un psychiatre responsable d'un CSST à Paris.

On peut se demander si l'absence actuelle de réponses médicamenteuses consensuellement validées pour le traitement de la dépendance à la cocaïne caractérisée par la compulsivité ne pourrait pas être un élément favorable au développement de ce type d'approches thérapeutiques ?

## Acupuncture

Dans les années 70 à New-York, un protocole de traitement des addictions a été développé à partir de cinq points d'acupuncture de l'oreille (auriculothérapie)<sup>4</sup>. Le protocole de la National Acupuncture Detoxification Association (NADA) est aujourd'hui utilisé au travers de nombreux programmes dans le monde. En France, peu de praticiens sont formés et moins encore l'utilisent du fait du statut de l'acupuncture qui définit l'auriculothérapie comme un soin infirmier qui ne peut être dispensé que sur prescription et sous responsabilité médicale. Dans l'enquête, nous avons rencontré plusieurs intervenants formés et deux services qui l'utilisent couramment.

À Fort de France, un médecin utilise, dans le cadre de la prise en charge des patients du CSST, l'acupuncture traditionnelle et le protocole NADA. Le choix d'une méthode ou de l'autre se fonde avant tout sur le vécu des patients :

« il y en a qui préfèrent les aiguilles sur les oreilles, d'autres les séances « allongé » (...) on attache une priorité quand même au ressenti des gens, à la qualité des soins, aux actions des patients ». Avec des patients instables comme les usagers de crack précaires, « garder le lien avec les patients (...) est toujours prioritaire sur les choix techniques », explique le médecin acupuncteur. D'ailleurs, le psychiatre qui assure les consultations dans ce CSST, remarque une baisse de fréquentation des usagers dans la structure lorsque l'acupuncteur est absent. Dans le cadre de la prise en charge avec hébergement, à peu près les deux tiers des patients pris en charge bénéficient de l'acupuncture avec une assiduité variable. Parmi les différents types d'addiction pris en charge, le crack tient une part importante parmi les patients qui ont des séances d'acupuncture.

Les praticiens et les usagers qui utilisent l'acupuncture s'accordent à dire qu'il y a un effet de séance positif à la fois relaxant et agissant sur le craving. « C'est un effet de quelques heures à 48 heures, mais chez les gens qui sont motivés vers la limite du sevrage, ils arrivent à capitaliser ça et de séance en séance ça se prolonge. Mais c'est quand même relativement bref. C'est bref, mais même ceux qui consomment, ils savent qu'en venant le mardi ou le jeudi ils ont un jour de relative paix, tranquillité, ça leur fait un break dans le rush du produit ». (Martinique)

Pour une équipe, le protocole fait l'objet d'une évaluation régulière qui permet de réajuster le traitement. « *Toutes les dix séances, (...) on évalue (...) pour voir s'il y a une amélioration ; souvent, (...) c'est une amélioration au niveau du sommeil, une diminution au niveau de la consommation de médicaments et de tous types de produits. C'est assez étonnant d'ailleurs de le voir, parce que nous, on pique les patients, mais on ne sait pas ce qu'ils font dehors, c'est de l'ambulatoire* », (Paris). Et si au terme de cette évaluation, des besoins apparaissent chez le patient, le médecin acupuncteur fera « une séance sur tout le corps », alors que l'infirmière ne s'occupe que du protocole d'auriculothérapie NADA. Aux USA, NADA est plus utilisé dans une « mentalité Narcotiques Anonymes », et la séance d'auriculothérapie est envisagée aussi dans son articulation à des groupes de parole. Ici, « *les patients font la séance, et ensuite ils vont voir le psy* », car, « *l'effet de séance* » est considéré comme favorisant la parole. À la fois facteur de lien et de fidélisation qui permet de développer d'autre activité éducative de type counselling ou psychothérapique, l'acupuncture est un outil qui par l'effet de séance qu'il produit est envisagé par ces équipes comme un support qui s'articule aux autres formes de soins.

## RÉDUCTION DES DOMMAGES ET ACCÈS AUX SOINS

*Les dispositifs de première ligne développent des interventions spécifiques ou non qui répondent à différents niveaux de problème rencontrés par les usagers de cocaïne chlorhydrate ou base (crack).*

Les dispositifs de première ligne initialement créés dans la perspective de la réduction des risques infectieux pour les héroïnomanes par voie intraveineuse fonctionnent aussi dans leurs principales missions en direction des usagers de cocaïne chlorhydrate ou base. C'est le cas pour l'essentiel des structures hexagonales à l'exception de l'une d'entre elle, où le lieu et le moment de son implantation visaient explicitement la consommation de crack dans le nord de Paris. Il en va autrement à la Martinique, où les structures de première ligne ne concernent qu'une population de crakeurs. Ainsi, deux structures en Martinique n'accueillent que des consommateurs fumeurs de crack, deux structures à Toulouse principalement des injecteurs et parfois quelques fumeurs de base, et les trois structures parisiennes, des fumeurs et des injecteurs. Cependant, les fonctions de « lieux de pause », de réduction des dommages, de prévention, de socialisation, d'accès aux soins, et de soins, s'observent pour les usagers de cocaïne dans tous les lieux que nous avons rencontrés.

### Un espace-temps de pause

Accueil de jour la plupart du temps, et parfois de nuit, les structures de première ligne sont des lieux où l'utilisateur peut venir se « réfugier » au milieu des cycles compulsifs de consommations. « *C'est par cycle, elles vont consommer intensivement, se prostituer intensivement et après, elles sont fatiguées, elles n'en peuvent plus et elles viennent.* » (Paris). Ces structures peuvent s'envisager comme un espace-temps, où l'on peut venir se pauser, se reposer, ou déposer un problème, une humeur, des affaires, une question, un projet, un rêve, un délire...

Délire qui avec la cocaïne peut envahir l'espace de la structure de première ligne. Les manifestations psychotiques doivent alors être traitées par les intervenants. « *Ce qu'on essaye de faire, c'est de rassurer la personne, l'éloigner du public, pour pouvoir être au calme, laisser à la personne le temps de se calmer. Juste prendre un café parfois, passer une demi-heure avec une personne, en disant trois ou quatre mots, sans avoir vraiment une discussion...* » explique un intervenant. Ces manifestations psychotiques, certes difficiles à contenir, restent malgré tout gérables à partir du savoir faire relationnel des intervenants. « *Il y avait une nénette avec son cutter, elle voulait se couper le bras parce qu'elle croyait que c'était un serpent (...) Mais tu peux les ramener à la réalité, (...) si tu te mets en position physique, pas agressive du tout (...) et tu leur parles, très doucement, en les regardant bien : "c'est ton bras, tu te calmes, on est là"...* » (Paris)

Les conditions d'accueil des lieux sont parfois difficiles compte tenu de la multiplication des troubles psychiatriques des usagers sous cocaïne et par l'exiguïté des locaux, notamment l'hiver, car « *avec les journées très froides, il faut voir la quantité de gens qu'on a là* ». Toutefois, on observe globalement dans ces dispositifs, un respect des usagers entre eux, ainsi que des personnels et du lieu.

## Cocaïne et réduction des dommages

Si l'héroïne se consomme aussi selon trois modes d'administration, avec la cocaïne, la question de la réduction des dommages se pose à nouveau. La phénoménologie de la cocaïne orientée par une compulsion aussi fréquente qu'intense oblige à repenser les conséquences de la multiplication de gestuelles potentiellement contaminantes et par là même à inventer des réponses adaptées à ces risques. L'usage intraveineux de cocaïne multiplie par sa dimension compulsive le nombre de prises, augmentant d'autant les besoins en matériel d'injection. À Toulouse, les dispositifs de première ligne, à l'instar de ceux en France qui rencontrent des usagers polyconsommateurs d'opiacés et de cocaïne injecteurs, sont amenés à répondre à ce besoin. Le fonctionnement par phase de la consommation compulsive de la cocaïne oblige à une bonne connaissance des usagers et une relation ouverte sur les consommations pour pouvoir répondre efficacement. *« C'est l'intérêt de bien connaître les gens, c'est que l'on connaît les gros consommateurs, (...) parfois le mec, il te dit non, «non en ce moment j'essaie de calmer»... c'est ça qui est intéressant (...) ou alors il va te dire ah oui, en ce moment j'y suis à fond dedans... ».*

C'est la démarche d'une autre structure qui mesure cette différence pas tant du côté du produit que de l'injection proprement dite. *« Je pense qu'on va travailler beaucoup (...) plus dans le détail avec les gens sur la question de la réduction des risques (...) plus par rapport à : comment ça se passe l'injection ? Où sont les prises de risques ? »*

À Paris, un programme d'échange de seringue propose un « kit base » pour les usagers qui fument la cocaïne base. Au moment de l'enquête, ce PES est le seul à proposer ce type de matériel<sup>9</sup>. En 2006, cette structure a distribué près de 12 000 « Kit base » et 10 fois plus de seringues<sup>10</sup>.

La réduction des dommages passe par la modification des représentations de l'usager et de ses pratiques à risque. Les problèmes sanitaires sont liés à des pratiques qui évoluent et ne sont pas figées dans le temps. Les pratiques à risque qui apparaissent peuvent se réduire du fait de la prise de conscience et de la modification de comportement par les usagers. Mais, elles ne disparaissent pas totalement, car s'il existe des phénomènes de transmission des « bonnes pratiques », il existe aussi des logiques de groupe qui maintiennent celles qui présentent des risques. *« On fait de la prévention. C'est tout un savoir ; (...) les usagers, ils ne fument pas le caillou maintenant comme ils le fumaient au début, parce qu'il y a un savoir-faire, un savoir-être, il y a une transmission.*

9. Nous avons appris au moment où nous finalisons le rapport que de nouveaux dispositifs parisiens utilisent aussi ce matériel.

10. Rapport d'activité 2006 de la structure.

*Je pense qu'ils ont beaucoup appris (...) Après, tu as les jeunes – c'est une histoire de génération, c'est comme pour tout – à un moment les plus jeunes vont dire : "les vieux racontent que des conneries, nous, on va essayer" » (Paris).*

Notons que la réduction des dommages dans des contextes festifs événementiels alternatifs doit prendre en compte les pratiques de consommation de free base. La diffusion importante de cette pratique dans ces contextes a été mise en évidence à différentes reprises (rapport TREND 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007) et plusieurs technivals ont connu des cas d'absorption d'ammoniaque accidentelle dont la dangerosité potentielle est grande. En 2008, les acteurs toulousains repèrent une augmentation de ce type d'ingestion.

### **Les soins dispensés par les structures de première ligne**

Les structures de première ligne qui disposent d'un médecin sont en capacité de proposer un certain nombre de soins, et de liaisons médicales. Dans ces cas, ces médecins assurent des liaisons avec les acteurs qui sont amenés à suivre ou intervenir auprès des usagers qu'ils accueillent. Pour les médecins des structures de première ligne, la prescription à des usagers de crack, peut aussi consister à ne prescrire que des médicaments qui ne présentent pas de propriétés psychotropes. Ainsi, dans une structure, les usagers qui venaient pour chercher des produits psychoactifs, « *ils savent que je ne donne rien donc maintenant, ils ne viennent plus.* »

À la Martinique, un généraliste intervenant dans une structure de première ligne traite un ensemble de pathologie sur place en dispensant lui-même certains médicaments. Le fait de dispenser sur place des traitements est, d'après ce praticien un gage du soin, car bien souvent, les usagers ne le feraient pas, s'il leur fallait se déplacer, acheter, etc. Parfois, les médecins sont aussi amenés à assurer des soins de suite.

Ils peuvent aussi faire un travail de prévention sur les risques plus généraux que la consommation de cocaïne base ou chlorhydrate leur fait encourir notamment aux niveaux infectieux, vasculaire ou neurologique.

Les soins peuvent aussi concerner les pieds d'hommes ou de femmes que les déambulations urbaines sous crack ont particulièrement abîmés. Ils ne sont pas forcément prodigués par un médecin. Ce type de soins mobilise aussi l'utilisateur sur le plan psychique, social et relationnel. C'est l'occasion durant le temps privilégié (assez long) où le soin se déroule, d'aborder de nombreux aspects de la vie de l'utilisateur et de créer du lien avec lui.

### **Réponses sociales des dispositifs de première ligne**

Le mode de vie dans la rue des crackeurs et crackeuses rend difficile en permanence, le maintien des droits sociaux. Vols, pertes, destructions diverses, les « papiers » font l'objet d'une attention paradoxale, expression d'un besoin

vital lorsque leur absence pousse en urgence à « *s'en occuper* » et sentiment qu'il compte pour rien tant leur disparition est désespérément constante ou répétée.

Pour les structures de première ligne, ces demandes sociales sont un casse-tête qui se résout en prenant en charge pour eux la conservation de la matérialité de leur existence sociale. Un médecin d'une structure parisienne explique que le « *truc des papiers, c'est vraiment cyclique (...) parce que c'est vraiment sans arrêt, quelqu'un à qui on fait une CMU<sup>11</sup>, à qui on fait des papiers à jour, trois semaines après : "Ah, j'ai tout perdu !" . Donc on essaye de garder les doubles... mais c'est compliqué* ».

Parfois la dimension sociale se joue sur un registre plus communautaire, plus citoyen, au travers de diverses médiations qui proposent d'impliquer l'utilisateur comme acteur. Ainsi, pour modifier l'image sociale des usagers de crack, une structure mise sur la création de liens sociaux avec les habitants du quartier par le développement d'une dimension citoyenne et d'acteur communautaire de leur propre prévention. Comité d'utilisateurs, ateliers culturels, informatique, etc. sont autant d'opportunités de mobilisation de la personne et de l'inscription de son histoire singulière dans une histoire sociale plus large.

### **Favoriser l'accès aux soins**

Les lieux d'accueil de première ligne participent à l'accès au soin des usagers de crack sur le plan de l'addiction, des problèmes somatiques et psychiatriques.

Ces structures favorisent l'accès au soin addictologique, mais pour la cocaïne (ou le crack) il y a finalement peu de demandes et d'orientations vers les CSST ou les services d'addictologie. Les structures développent des réseaux d'orientation plus préférentiels en fonction de l'histoire et des relations interpersonnelles et interinstitutionnelles qui se nouent et se dénouent. Mais de façon générale, il s'agit d'éviter « *le nomadisme médical* » en favorisant, dans la mesure du possible, la continuité des soins dans la structure avec laquelle l'utilisateur est déjà en lien.

La forme base de la cocaïne se rencontre sur le site de Toulouse essentiellement en tant que « *free base* ». La diffusion du free base parmi les groupes de jeunes désaffiliés, en voie de désaffiliation ou en quête d'affiliation alternative augmente ces dernières années sur le site<sup>5</sup>. Si cette consommation apparaît parfois dans les interstices de la pratique des acteurs, elle ne fait pas encore l'objet de demande d'aide. Un acteur de la réduction des risques qui constate cette évolution dans les pratiques de certains usagers, s'étonne que ce phénomène ne soit pas encore plus présent dans le dispositif : « *C'est quelque chose qui est très présent, depuis 2004 où ça a émergé... là, ça se stabilise un peu mais*

---

11. Couverture maladie universelle.

*il y a une vraie augmentation de la consommation de cocaïne via le free base... (...) ce qui est étonnant (...) c'est qu'il n'y a pas grand monde qui les voit... quand tu fais le tour des structures... ».* Il y a peu de demandes de soin qui concernent cette pratique.

Dans les zones de diffusion du crack, certains acteurs ont le sentiment que la « proportion de psychotiques (...) est de plus en plus importante ». D'autant que pour quelques patients, il s'agit de « *pathologies psychiatriques sévères à la rue* ». Le travail d'accès aux soins psychiatriques, fait partie du rôle des structures de première ligne, avec le crack et le mode de vie qui y est associé c'est une tâche difficile. Ainsi, les problématiques psychiatriques des usagers conduisent parfois les équipes de première ligne à mettre en place des hospitalisations. Dans des situations de décompensation psychotique, l'équipe essaie de faire hospitaliser l'usager, parfois sous la contrainte. « *On a réussi à faire, (...) quelques hospitalisations d'office, quelques-unes (...) n'ont pas été confirmées* », constate un responsable d'une CAARUD<sup>12</sup> à Paris.

Aider à faire accéder aux soins psychiatriques, passe par l'aide à la prise régulière du traitement neuroleptique. En dehors des injections retard, l'observance, pour un public fortement précarisé et déstructuré dans l'espace et le temps par la compulsion à la cocaïne, reste une gageure. Pour tenter de favoriser la continuité du traitement neuroleptique, une structure a dans un cas, par exemple, posé la règle suivante de dispensation du traitement : le patient prend son médicament le matin dans la structure et « *se présente au CMP<sup>13</sup> le soir pour prendre son traitement. Et s'il ne se présente pas au CMP le soir prendre son traitement, il n'aura pas de place ici.* » Son hébergement de nuit est conditionné par un appel téléphonique du patient à partir du CMP pour confirmer sa venue et sa prise du médicament.

Les orientations sur le plan somatique sont de loin les plus nombreuses, qu'il s'agisse de dépistage, ou de soins médicaux ou chirurgicaux. Ce point est d'autant plus vrai pour les consommateurs de cocaïne, en zone de diffusion du crack.

Les structures de première ligne participent aussi aux dépistages des maladies infectieuses. À la Martinique, des usagers vivent dans le microcosme d'une zone de diffusion du crack où le statut sérologique est une information qui fait enjeu dans les relations entre usagers ; ce qui ne va pas sans poser questions pour la structure. Car les séropositifs peuvent faire l'objet de stigmatisation et de mise à l'écart à l'intérieur des groupes.

Autre aspect, plus rare dans ce type de structure, l'orientation vers le suivi de grossesse pour les femmes consommatrices de crack. Ces orientations restent difficiles à réaliser compte tenu des réticences des mères (futures) à consulter,

12. Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues.

13. Centre médico-psychologique.

par crainte d'un placement de l'enfant. « *En fin de grossesse, j'ai toujours réussi à les envoyer à la maternité en prévenant bien et tout ça pour qu'ils soient bien accueillis parce que sinon...* » (Martinique).

### **Des relais vers le soin spécialisé en addictologie**

*Le problème du relais vers les soins spécialisés en addictologie est traité ici à partir du point de vue des addictologues et des acteurs non spécialisés en addictologie.*

L'identification de la cocaïne par les services de soins somatiques dans un problème aigu ou chronique peut conduire à de l'information, de la prévention et même à de l'orientation vers une structure spécialisée en addictologie. Mais il ne suffit pas que les soignants informent et orientent pour que le patient débute une démarche.

Au final, la médecine somatique dans son ensemble n'est pas de l'avis de plusieurs addictologues un grand pourvoyeur de patients dépendants à la cocaïne pour le dispositif spécialisé. Nous l'avons vu précédemment, certaines interventions chirurgicales en ORL impliquent un changement dans la consommation du patient, et c'est parfois l'occasion d'un relais vers le soin spécialisé. « *J'ai des collègues qui peuvent me les envoyer suite à des problèmes cardiaques, surtout des gens jeunes. (...) des copains cardio (...) j'ai un copain ORL<sup>14</sup>, aussi, qui m'en a envoyé un, suite à des anomalies ORL, enfin, des cloisons nasales perforées, derrière ça, il y avait besoin d'un sevrage et puis d'une prise en charge.* » (Service hospitalier d'addictologie). Mais ce type d'adresse reste à la marge des problématiques de dépendance qui forment l'essentiel des demandes de soins spécialisés de ce service.

Un médecin d'un CSST à Toulouse fait le constat qu'il voit peu de patients consommateurs de cocaïne présentant des problèmes sanitaires. Les deux cas qu'il connaît, des endocardites, n'ont pas été adressés par les services hospitaliers qui ont eu à les traiter. « *Je remarque (...) que les services d'urgences connaissent très peu les structures. Bon, sur Toulouse, tout le monde connaît Passages<sup>15</sup>, parce que ça fait un petit moment que ça existe mais ils ne connaissent pas les autres structures, leur spécificité, comment ils travaillent pour faire des orientations* ».

Même constat à la Martinique, où un psychiatre d'un CSST constate que les médecins spécialistes ou généralistes « envoient » très peu de patients. Bien qu'il soit possible que les médecins communiquent l'adresse du CSST au patient, « *y a pas de lien direct. (...) j'ai jamais eu un seul patient qui ait été adressé par la cardio, ou même par les autres* ».

14. Oto-rhino-laryngologiste.

15. Réseau ville hôpital.

La maternité est une occasion d'interrogations pluridisciplinaires pour essayer d'orienter les mères vers les soins spécialisés. Cependant, il semble qu'en matière de cocaïne/crack peu d'orientations se concrétisent par une réelle démarche de soin. À la Martinique, certains acteurs souhaiteraient pouvoir disposer de place d'accueil et de prise en charge spécialisée mère-enfant pour les cocaïnomanes, comme c'est le cas dans l'hexagone pour les héroïnomanes, depuis une quinzaine d'années. À Toulouse, le service de maternité du Centre Hospitalier Universitaire travaille en réseau par rapport aux problématiques d'addiction.

Dans le cas d'usages ponctuels qui ont pu occasionner des symptômes d'alerte pour le consommateur, mais sans atteinte pathologique qui nécessiterait une intervention particulière, la démarche du praticien consiste à bilancer et informer le patient. Ce type de situation ne fait pas forcément l'objet d'une orientation vers les dispositifs spécialisés.

## DISCUSSION

### **Les prescriptions de médicaments pour la cocaïne : entre empirisme et attentisme**

Par rapport à l'utilisation de molécules pour des patients présentant des troubles en lien avec des usages de cocaïne, certains praticiens restent sur un modèle « classique » qui consiste à aider le sevrage par une contention des symptômes anxio-dépressifs, alors que d'autres visent la réduction du craving, puis l'aide à la prévention du craving (de la rechute). Tous ceux qui expérimentent ces molécules semblent d'accord pour considérer que cet apport moléculaire est une aide pour soutenir le patient dont l'essentiel du traitement sera d'ordre psychothérapeutique soit d'inspiration psychodynamique ou cognitivo-comportementale avec, si c'est nécessaire, un accompagnement social et la mise en place de soins somatiques ou psychiatriques.

Des expérimentations de molécules dans une indication du traitement des problèmes d'usage de cocaïne existent, elles sont principalement le fait de quelques spécialistes soit très confrontés à un public en difficulté avec la cocaïne base, soit d'addictologues qui souhaitent développer une offre de soin plus particulièrement destinée aux consommateurs de cocaïne.

Ces prescriptions sont réalisées de façon empirique en s'appuyant parfois sur des études internationales ou sur les conseils de collègues « *plus avancés* ». Au moment de l'enquête (2007), bien qu'il y ait une demande à pouvoir échanger entre praticiens sur ces prescriptions, il y avait très peu de partage formalisé. L'absence de consensus et de recommandations conduit à des expérimentations éparpillées ou à l'attentisme.

## **La cocaïne : une chance pour poursuivre la transformation du dispositif de soins français ou une opportunité pour les différents acteurs d'améliorer leur position dans le secteur ?**

Le triptyque bio-psycho-social qui fonde l'approche des phénomènes de consommation, d'abus et de dépendance et qui a été retenu en France comme dans de nombreux autres pays, prend avec la cocaïne un sens fondamental, paradigmatique. C'est une chance pour le système de soins français qui pourrait dans cette confrontation à un nouveau problème, réélaborer son modèle en intégrant d'une manière plus approfondie les différents éléments d'un débat qui ne le secoue plus de façon polémique. L'enquête montre que les transformations nées du changement de paradigme qui a eu lieu au milieu des années 90 sont loin d'avoir été réalisées toutes et entièrement. Ainsi, la cocaïne pose une série de questions fondamentales sur la structuration du dispositif dans son ensemble qui, selon les réponses qui seront données, prendra un nouveau visage pour quelques années.

Une question concerne la place des traitements moléculaires. L'absence actuelle de traitement de substitution pour la cocaïne ouvre à des recherches dans de nombreuses directions qui semblent intéressantes en ce qu'elles pourraient réinterroger le paradigme de la substitution universelle et de la molécule « pour tous », pour évoluer vers un modèle qui propose une offre plus large dans des indications différentielles.

Une autre question interroge celle des thérapies cognitivo-comportementales. Car l'absence actuelle de traitement de substitution pour la cocaïne pourrait conduire certains acteurs à se tourner vers ces approches dont les indications et les modèles d'intervention peuvent apparaître pertinents pour traiter une addiction dont la phénoménologie s'organise autour du craving. D'autant que ces modèles sont développés dans des pays où la cocaïne est un problème prégnant, ce qui a déjà donné lieu à des expérimentations et des évaluations qui ont fait l'objet de publications. Quelle place ces approches thérapeutiques prendront-elles à l'avenir dans le dispositif de soins, lorsque la diffusion de la cocaïne et le développement des problèmes de son usage se seront accrus ?

Si le tabac est le modèle de référence général de l'addictologie, la cocaïne est certainement son modèle pour les drogues illicites. Il est probable que face à l'augmentation de la diffusion de la cocaïne, une demande de « réponse » apparaisse en parallèle. Cette demande peut motiver le secteur de l'addictologie universitaire à s'engager de manière plus importante dans le traitement de ce problème, ce qui accentuerait la structuration du dispositif dans un sens hospitalo-centré.

Est-ce une menace pour les anciens CSST en cours de transformation en CSAPA<sup>16</sup>, peut-être pour quelques-uns déjà fragilisés. Sinon, on peut faire l'hypothèse d'une réorganisation en fonction de la présence plus ou moins impor-

16. Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, anciennement CSST.

tante d'usagers précarisés – les toxicomanes au fond –. Une répartition pourrait avoir lieu entre les CSAPA, anciens CSST, qui continueraient d'accueillir majoritairement ce public d'injecteurs, polytoxicomanes qui auraient des problèmes avec la cocaïne et/ou le public de crackeurs. Les services hospitaliers d'addictologie recevant plutôt avec la psychiatrie privée, les publics insérés sniffeurs de chlorhydrate ou fumeurs de base ; les établissements privés et les psychiatres de ville gardant pour l'essentiel le traitement des personnes insérées, voire hyper insérées. En prenant en compte que les CCAA peuvent eux aussi envisager la cocaïne comme une opportunité d'ancrage dans les drogues illicites, dans la mesure où la co-addiction alcool et cocaïne est fréquente, légitimant ainsi auprès d'un public d'usagers de drogue, des interventions que certains pourraient leur contester.

Le dispositif de soin français comporte aussi un volet dit « avec hébergement » dont une partie relève du paradigme originel du séjour de rupture avec le produit et de l'éloignement du contexte de consommation : les centres de postcures, les services d'appartements thérapeutiques et les réseaux de familles d'accueil. La cocaïne pourrait aussi réinterroger ces dispositifs puisque, pour les plus insérés – nombreux – ce type de dispositif ne semble pas, en l'état actuel, répondre très fréquemment à des besoins. Pour les plus précaires, la dégradation des situations nécessite des capacités d'accueil et de réponses importantes. La dimension compulsive qui conduit à de fréquentes rechutes donne à certains acteurs l'idée de l'inefficacité de ces séjours qui de ce fait utilisent peu ces dispositifs. D'autant plus, que les acteurs qui ont identifié un besoin de rupture et/ou d'éloignement, et seraient favorables à mettre en œuvre des orientations, auraient besoin que ces dispositifs fassent preuve d'une réactivité quasi immédiate, en s'abstenant d'approfondir de façon trop importante « la demande » de l'utilisateur. À l'exception de quelques-uns, ce n'est pas le positionnement dans la chaîne du soin que ces dispositifs ont choisi d'occuper actuellement. Une adaptation de ces dispositifs pourrait s'avérer très utile à l'avenir dans la mesure où les besoins de rupture et d'éloignement existent, mais sur des temporalités différentes, avec des demandes de séjours parfois très courts ou très longs ; une adaptation des modes d'accès, qui favoriserait un accès rapide des dispositifs ; un travail en lien étroit avec la structure d'origine pour préparer le séjour et accompagner le parcours de soin dans la synergie d'une même continuité. D'autant que les quelques exemples de prise en charge de type rupture et éloignement en province, de crackeurs venant de Paris ou des DOM, que nous avons pu observer en familles d'accueil et en appartements thérapeutiques, étaient très encourageants.

Enfin, l'enquête confirme qu'un CSST peut s'avérer un poste d'observation particulièrement efficace pour mettre en évidence des problèmes somatiques en lien avec une consommation de cocaïne dans une population d'usagers de drogue. Toutefois, cela suppose une conscience des risques spécifiques encourus et une réflexion sur les stratégies de prévention possible en matière d'infor-

mations, de dépistage, et d'accès aux soins. Pris dans de nombreux impératifs, on peut se demander si, en dehors de quelques structures plus concernées ou impliquées par les problèmes liés à l'usage de cocaïne, il ne sera pas indispensable que les organismes tutélaires incitent les dispositifs à prendre en compte cette dimension spécifique du soin aux usagers de cocaïne.

Pour l'instant, les médecins généralistes de ville semblent, à l'exception de quelques-uns, plutôt « *hors jeu* » par rapport à la cocaïne, ce que l'on peut comprendre dans la mesure où leur place spécifique dans le dispositif repose sur la prescription d'un médicament « *fait à leur mesure* » : la BHD. En l'absence de traitement pour la cocaïne, ils sont pour l'instant en retrait, dans l'attente et l'expectative ; sauf à ce que les réseaux de ville hôpital se saisissent de cette problématique pour redéfinir, en l'absence d'un traitement recommandé, une place pour intervenir et des stratégies thérapeutiques propres aux généralistes dans une perspective de réseaux. En dehors de dispositifs collectifs et de groupe de formations, susceptibles de mener ce travail de réflexion, de clarification et de définition de la place, du rôle, des stratégies et des outils thérapeutiques à mettre en œuvre dans les différentes situations auxquelles le praticien de ville peut être confronté avec la cocaïne, il est difficile d'imaginer que leur place puisse évoluer.

D'ailleurs, en dehors même de l'addiction que la cocaïne induit et compte tenu des problèmes sanitaires que son usage peut poser, un rôle d'information, de dépistage, d'orientation et d'accès aux soins serait particulièrement intéressant pour les réseaux de ville hôpital et de façon plus générale pour les médecins généralistes. De plus, dans la mesure où la cardiologie, la neurologie et la psychiatrie sont particulièrement concernées, ce serait aussi l'occasion d'élargir le travail des réseaux.

De façon plus générale, on peut aussi s'interroger pour savoir si l'absence de traitement « *validé* », ne va pas favoriser le développement d'approches marginales en France, mais fréquemment employées dans des pays étrangers, comme l'acupuncture, la relaxation ou la sophrologie, qui pourraient proposer des réponses complémentaires aux expérimentations moléculaires et aux prises en charge psychoéducatives et psychothérapeutiques.

Les structures de première ligne sont aussi amenées, quoique différemment selon les populations auprès de qui elles interviennent, à prendre en compte la réalité de la diffusion de la cocaïne et des dommages spécifiques qui s'y rattachent, et notamment, d'améliorer la prévention des transmissions des maladies infectieuses dans un contexte d'augmentation de la diffusion de la cocaïne. Enfin, du fait de leur place aux côtés des plus précaires et des plus engagés dans des consommations problématiques, leur participation à la réflexion pour améliorer l'accès aux soins et la construction des réponses pertinentes à ces problèmes s'avérera indispensable.

## **QUELS TYPES D'INTERVENTION ET DE SUIVIS SONT MIS EN ŒUVRE À LEUR ENDROIT ? POINTS CLÉS DE L'ENQUÊTE :**

- En dehors du cas de la Martinique, les structures de l'hexagone n'ont pas pour vocation de traiter la cocaïne plus particulièrement que d'autres produits. De plus, les prises en charge sont essentiellement en lien avec la polyconsommation. Toutefois, quelques structures parisiennes visibilisent la possibilité de prendre en charge des patients cocaïnomanes.
- Pour des patients présentant des troubles addictifs en lien avec la cocaïne, certains praticiens accompagnent l'arrêt de la consommation par une contention des symptômes anxio-dépressifs, alors que d'autres, moins nombreux visent la réduction et la prévention du craving à l'aide de molécules expérimentales.
- En matière de traitement des troubles psychiatriques dans leur intrication avec l'usage de cocaïne, il y a une difficulté à trouver un équilibre entre des effets trop sédatifs ou trop stimulants.
- L'implantation de différentes méthodes de soin peu utilisées jusqu'à présent se développe au sein du dispositif spécialisé. En l'absence de traitements de substitution, les approches psychoéducatives ont une place importante pour la continuité des prises en charge.
- La question de la prise en charge de ces patients en centre résidentiel interroge l'évolution du dispositif de soin avec hébergement.
- En matière de réduction des dommages, la phénoménologie de la cocaïne orientée par la compulsion oblige à penser les conséquences de la multiplication de gestuelles à risques et à développer des réponses adaptées dans les trois modes d'administration : injection, inhalation à chaud, voie nasale.

1. Karila L, Weinstein A, Benyamina A et al., Pharmacothérapies actuelles et immunothérapie dans l'addiction à la cocaïne. *Presse Med.* 2008 ; 37 : 689-698.
2. Larowe Stephen D., et al, Safety and tolerability of N-Acetylcysteine in cocaine-dependant individuals, *American Journal of Addictions*, 2006, 15 (1) : 105-110.
3. Carroll, K. M., A Cognitive-behavioral approach : treating cocaine addiction, *Therapy Manuel for Drug Addiction*, Manuel 1, NIDA, 1998.
4. Se référer à la communication de Vincent Bourseul, 8ème colloque THS, Biarritz 2007.
5. Rapports TREND du site de Toulouse, Escots, S., 2004, 2005 ; Sudérie G., 2006, 2007.

# QUELS SONT LES RÉFÉRENTS DE CONNAISSANCES QUI STRUCTURENT LES REPRÉSENTATIONS ET LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS SOLLICITÉS ?

## REPRÉSENTATIONS ET CROYANCES CONCERNANT LES USAGERS

### Représentations concernant les consommateurs de cocaïne chez les acteurs non spécialisés

En ce qui concerne globalement les consommateurs de cocaïne, deux grandes catégories sociales polarisent le champ des représentations dans la population française. Les classes sociales très à l'aise sur le plan socio-économique et les couches marquées par la précarité sociale du crackeur ou du toxicomane. Pour preuve, la récurrence avec laquelle les médias utilisent la notion de « *démocratisation* » de la consommation de cocaïne en France, pour introduire l'idée qu'aujourd'hui, la consommation de cocaïne pourrait « *toucher tout le monde* ». Les rapports TREND ont mis en évidence peu après le tournant des années 2000, cette extension du champ de la diffusion de la cocaïne, qui désormais traverse l'ensemble des catégories sociales. Mais cette représentation d'une consommation susceptible de concerner « *n'importe qui* », quelles que soient ses appartenances identitaires et sociales ne s'inscrit pas facilement dans le fonctionnement quotidien des acteurs de santé.

Les différents acteurs non spécialisés rencontrés sont amenés à recevoir un très large panel social de consommateurs de cocaïne chlorhydrate ou base qui présentent des problèmes de santé de diverses natures. L'enquête fait apparaître une « *galerie de personnages* » utilisée par les acteurs non spécialisés pour décrire le public de consommateurs qu'ils reçoivent. Toutefois, selon les lieux d'implantation des services, certains sous-groupes sont plus présents, créant ainsi, par la place réelle ou imaginaire qu'ils occupent un effet occultant qui fait passer inaperçu d'autres sous-groupes.

Dans l'hexagone, un praticien des urgences ne relève spontanément que deux catégories prototypiques de patients pour lesquelles il peut établir un lien

avec la cocaïne. D'une part des personnes, « <sup>1</sup>*extrêmement insérées, (...) c'est des cadres, pour faire court, c'est le bobo. (...), beaucoup, les VIP. (...)* » Et à l'autre extrême : « *toxicomanes en tous genres (...) C'est quand même des SDF, qui carburent à (...) tout, qui se baladent aussi avec des pathologies infectieuses, Hépatites B-C, HIV, (...)* <sup>2</sup>*extrêmement précaires* ».

À Fort de France, les praticiens des urgences sont confrontés à une population de crackeurs très précarisés, mais pas seulement. Le « cracké » est dans la représentation des acteurs de santé en général et des professionnels non spécialisés en particulier une personne désinsérée, parfois errante, qui vit en squat, dans la Mangrove, dans la rue, en institution ou dans sa famille, de façon précaire. Les acteurs non spécialisés, associent très souvent les usagers de crack à des représentations liées à la violence, la dangerosité et à la prostitution pour les femmes.

Dans l'hexagone, précarité et cocaïne c'est aussi des groupes de jeunes désaffiliés, en voie de désaffiliation ou en quête d'affiliation alternative<sup>clxvi</sup> : « *il y a des jeunes filles qui ont l'air un peu marginales, des piercings, un peu punk, un peu underground* » (Toulouse). Mais les lendemains de fêtes avec abus d'usage de cocaïne ne sont pas l'exclusivité de jeunes en ruptures sociales ou familiales, ils concernent aussi des gens insérés et même socialement favorisés.

Les cardiologues et les neurologues rencontrés partagent en deux catégories le public qu'ils rencontrent : des personnes insérées ou pas. Un exemple typique en cardiologie du public inséré utilisant la cocaïne par voie nasale : « *C'était un homme jeune, je dirais trente-cinq ans, (...) plutôt un commercial, (...)... et qui disait très clairement que lorsqu'il sortait, il prenait de la cocaïne régulièrement* ». À Paris, une population socialement favorisée apparaît aussi en neurologie, où des accidents vasculaires cérébraux sont identifiés dans un public « *huppé* » comme pour ce neurologue qui a « *le souvenir de cet agent immobilier ou de ce publicitaire* ».

À la Martinique, pour l'essentiel, les femmes enceintes vues par la principale maternité de l'île sont des femmes antillaises, consommatrices de crack, en grande précarité. À Toulouse, ce type de grossesse se confond pour l'essentiel avec les polyconsommations. La cocaïne semble plus facilement identifiée quand elle relève d'un usage festif. Et notamment lorsqu'il s'agit de milieux socioculturels plus élevés. Ainsi, il y aurait pour les maternités toulousaines d'une part les usagères polytoxicomanes avec substitution aux opiacés, moins insérées voire précaires, et de l'autre des polyconsommatrices alcool et cocaïne plus insérées voire socialement favorisées. « *La patiente, (...) qui n'est que cocaïne et alcool, est plutôt d'un milieu socioculturel élevé, par rapport aux patientes qui vont consommer un peu tous produits, Subutex®, méthadone,*

1. C'est nous qui soulignons.

2. C'est nous qui soulignons.

*héroïne et mélanges, et un peu de cocaïne de temps en temps* ». Dans une maternité parisienne, les soignants font la différence « *entre cocaïne et crack* » parmi les femmes enceintes. Une catégorie correspond à un milieu inséré, plutôt favorisé, dont l'usage est considéré comme « *festif* ». Un médecin explique qu'il s'agit d'un « *milieu parisien typique ; elles travaillent dans la publicité, dans la mode, le mannequinat...* » Un public qu'« *on ne voit pas trop* », car il peut « *arrêter assez facilement* ». En revanche, les consommatrices de crack sont « *surtout associées à une grande précarité* ». Elles forment un contingent plus important et posent plus de problèmes.

En dehors de la Martinique où la psychiatrie publique accueille des usagers de crack « *plutôt (...) très désinsérés socialement* », sur l'ensemble de l'enquête, la population de consommateurs de cocaïne, chlorhydrate ou base, rencontrée par les médecins psychiatres est socialement diversifiée : personnes précaires, insérées, ou dont la condition sociale se distingue. Concernant des problèmes en lien avec des consommations de cocaïne ou de crack, un médecin psychiatre est amené à rencontrer : « *le tout-venant... désinséré sans argent, inséré (...) ou show-biz machin* ».

Sur le site de Paris, dans le secteur privé, un psychiatre distingue deux types de populations au sein de la file active des prises en charge pour des problèmes en lien avec la cocaïne : « *des hommes de pouvoir, la cinquantaine, brillants, dans des professions intellectuelles, (...) vraiment dans un état de dépendance depuis très, très longtemps (...)* ; ou alors *des jeunes gens, (...) du 6ème ou 16ème* ».

Un service de maladies infectieuses « *draine des populations plutôt démunies, (...) des femmes africaines (...) VIH, d'anciens toxicomanes que l'on suit depuis de nombreuses années* », sous substitution aux opiacés, il s'agit plutôt des consommateurs de crack. Pour « *les consos cocaïne propre, (...) il y a toute une population de gays, qui sont des gens bien, socialement intégrés, et qui sont dans le milieu show-biz ou (...) dans le milieu pub* ». Ici aussi, deux grandes tendances apparaissent entre les usagers polytoxicomanes, précaires, consommateurs de crack et des usagers de cocaïne évoluant dans des milieux sociaux favorisés.

D'une certaine manière, c'est comme si des trois catégories qui globalement se retrouvent dans les discours des professionnels : précarisés, insérés, hyper insérés ; seules, la première et la dernière catégories sont investies d'imaginaires qui s'articulent avec ceux de la consommation de cocaïne.

### **Le polytoxicomane et le cocaïnomane, deux figures qui structurent le champ des représentations et des croyances**

Essentiellement deux figures structurent, par leurs pouvoirs d'attraction symbolique et d'évocation imaginaires respectifs, le champ des représentations qu'ont les acteurs de santé non spécialisés des consommateurs de cocaïne

actuels qu'ils rencontrent : d'un côté le (poly) toxicomane, de l'autre le cocaïnoman. Mais pas n'importe quel cocaïnoman le « vrai cocaïnoman ». Justement celui qui dans l'imaginaire social s'oppose au toxicomane.

Le toxicomane est une catégorie de pensée qui fonctionne depuis longtemps dans l'imaginaire social et pour laquelle les acteurs disposent de nombreux matériaux signifiants aptes à décrire différentes situations sociales, mettant en jeu des caractéristiques comme la dépendance, la précarité, des troubles du comportement, des pathologies somatiques particulières, etc.

La figure du toxicomane, issu de l'histoire de l'héroïne des années 1960-2000, est aujourd'hui renouvelée par celle du polytoxicomane qui la remplace. Cette transformation est importante car elle est source de nombreuses opérations cognitives qui œuvrent souvent à l'insu de l'acteur lorsqu'il veut caractériser une personne qu'il rencontre. Cette opération a une incidence sur les pratiques, car lorsque le professionnel veut identifier un consommateur de cocaïne, il cherche un monoconsommateur qui ne peut être qu'introuvable. Ainsi à une question du type : « qui rencontrez-vous comme personnes présentant des problèmes avec la cocaïne ? », la figure du polytoxicomane apparaît assez spontanément et de façon récurrente chez de nombreux acteurs de santé : « *Nous, ce qu'on voit, c'est essentiellement des polytoxicomanes qui utilisent plus ou moins de la cocaïne* ». Spontanément la catégorie de pensée qui associe « personne + problème + cocaïne » est immédiatement un polyconsommateur, ce qui a pour effet de relativiser la place de la cocaïne dans le (ou les) problème(s). La cocaïne, en tant que problème disparaît dans un ensemble de consommations diverses. La personne est envisagée comme pouvant avoir des problèmes avec des produits en général, mais de ce fait, sauf information contraire en provenance de l'usager, de sa biologie ou d'un tiers, pas avec la cocaïne.

Par opposition au polytoxicomane, le cocaïnoman devient une catégorie entière, close par son opposition au reste des autres consommateurs de cocaïne, qui subsume toutes les figures possibles d'une certaine catégorie de personnes qui consomment de la cocaïne. Ce personnage, tout aussi mythique que le toxicomane, concentre plusieurs caractéristiques présentées de façon éparse et fragmentée – l'argent, le pouvoir ; des mondes sociaux particuliers, comme le show business, la politique, le journalisme, celui des activités intellectuelles en général, ou commerciales – dont l'usage serait motivé par la recherche de performance, de sensations fortes ; dans des contextes professionnels, sportifs, festifs, sexuels.

Dans cette logique de pensée, tout oppose les « vrais cocaïnomanes » aux (poly) toxicomanes, des conditions et positions sociales, à l'identité ethnique, à la localisation dans l'espace : aux uns mangrove, squats du nord de Paris, précarité des lieux institutionnels ou de la rue, aux autres les beaux quartiers et banlieue chic, etc. ; mais aussi produit et type d'usage, aux uns la « *poudre* » aux autres « *le caillou* », le vrai cocaïnoman sniffeur s'oppose au vrai héroïnoman injecteur, ou au fumeur de crack. Enfin, aux premiers la fête, aux

seconds l'addiction. Ainsi ces représentations sur les populations construisent un imaginaire qui masque une partie de la « *réalité* » des consommations actuelles.

### **Le crackeur : un avatar exotique du toxicomane**

En dehors du vrai cocaïnomanie qui se distingue radicalement du polytoxicomane, une particularisation du consommateur problématique de cocaïne tient à la figure du crackeur. Le terme de crackeur (*crackers*) est une reprise de la terminologie d'Amérique du Nord, le crack désignant la forme base de la cocaïne. Mais il convient de noter, que le succès du terme, apparu lorsque la consommation de cocaïne base prit un caractère épidémique dans les ghettos américains où vivaient des toxicomanes. Tant que la cocaïne base concerne une population socialement intégrée cela s'appelle le free base. Le terme « *crackers* » se forme métonymiquement sur celui de crack qui connote avant tout une particularité sociale d'une substance psychoactive<sup>3</sup>, par conséquent, on peut considérer que « *crackers* » est une particularisation sociale des consommateurs de cocaïne base.

Il n'est pas étonnant que l'appellation corresponde en France au même type de population. En effet, si le crack est de la cocaïne qui correspond à la forme base déjà transformée au moment de la transaction (OFDT) et peut être consommé par des personnes de toutes conditions sociales, le terme de crackeur n'est réservé qu'aux personnes dont les seuls points communs outre la consommation fréquente de cocaïne base, sont la pauvreté ou un mode de vie précaire ou la présence permanente ou discontinue dans certains espaces sociaux où l'on trouve facilement du crack. Un « *crackeur inséré* » est dans l'imaginaire social un oxymore.

À la Martinique, l'opposition du vrai cocaïnomanie et du polytoxicomane, est tout aussi opérante que dans l'hexagone. La situation d'insularité et la taille du territoire impliquent un jeu social de dissimulation qui conduit à ne voir que les usagers qui assument leurs conditions sociales de « *crackés* ». Pour les autres, une obligation de discrétion est indissociable de leur survie sociale. Le « *cracké* » martiniquais suscite des représentations et des croyances chez les acteurs de santé qui sont parfaitement surperposables aux toxicomanes hexagonaux. D'ailleurs, dans le matériel recueilli sur le site martiniquais, le terme « *toxicomane* » est plus fréquemment utilisé pour désigner les consommateurs de crack que celui de « *cracké* » lui-même. Violence et prostitution étaient les attributs des toxicomanes à l'héroïne, ils sont aujourd'hui ceux des crackeurs.

3. On pourrait définir le crack comme une forme de cocaïne base que l'on trouve et consomme dans certains endroits, corrélés avec certaines caractéristiques sociales comme des taux de pauvreté, de délinquance et de criminalité plus importants que la moyenne, ainsi que des concentrations de population originaires de minorités ethniques.

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.

Les représentations attribuées aux toxicomanes s'actualisent dans cette nouvelle figure. Comme l'exprime un psychiatre d'un hôpital parisien, le patient sous crack est incontrôlable. Des représentations similaires existaient pour les héroïnomanes.

Ainsi, plus qu'une figure radicalement nouvelle, le crackeur apparaît dans les représentations des acteurs de santé comme une variante de la figure du toxicomane, un avatar exogène si on le compare au modèle originel et endogène de l'héroïnomanie. Le crack est une version de la toxicomanie en provenance des Amériques qui, à l'instar de son contexte de naissance, se trouve plus colorée de minorités ethniques, plus violente dans ses interrelations, et plus déterminée par les phénomènes de ghetto<sup>4</sup>.

## CROYANCES ET REPRÉSENTATIONS SUR LES USAGES

### Cocaïne, free base et crack : identité et différences

La connaissance de la réalité des produits auxquels les trois termes : cocaïne, crack et free base, renvoient est inégale chez les acteurs de santé spécialisés même si ces dernières années ont contribué à clarifier les rapports d'identité et de différence entre chlorhydrate de cocaïne et cocaïne base. Ainsi la forme base, appelée crack ou free base selon les contextes est une forme fumable de cocaïne fortement concentrée. Ce qui est surprenant, c'est que cette inégalité de connaissances ne recoupe pas forcément des fonctions, des métiers, ou l'appartenance à tel ou tel type de dispositif. Ainsi, un psychiatre dans un service hospitalier d'addictologie ayant une expérience dans la prise en charge de ce type de patient pense que « *le crack contient, un petit peu plus justement de substances qui sont moins pures que le free base (...) à mon avis, y une différence hein ! (...) pour beaucoup de monde, c'est pas clair parce qu'il y a des gens qui m'affirment que le free base n'a rien à voir avec le crack !* » Alors que d'autres médecins, moins expérimentés dans ces problèmes, savent « bien que c'est la même chose ».

Un médecin qui a fait sa thèse « *il y a 20 ans* » sur la cocaïne, après un séjour dans un drug abuse center aux USA, se souvient : « *quand (...) cette discussion est arrivée en France, moi je (...) ne comprenais pas pourquoi (...) les gens voulaient faire cette différence* ».

4. Il est frappant de voir que même s'il y a du crack dans toute l'île, la Mangrove reste le symbole du crack à la Martinique, (voir Merle, S., Rapport TREND 2003 du site Martinique, OSM, OFDT, septembre 2004, p.27) à l'instar du 18ème arrondissement à Paris.

Le crack serait de nature différente car il contiendrait des impuretés. Même à la Martinique, qui ne connaît que le crack comme forme fumable, certains acteurs pensent en suivant le discours des usagers que la « roche » est un produit à faible teneur en cocaïne contenant essentiellement des produits de coupage. Ici aussi cela conduit à particulariser le crack comme un produit qui serait d'essence différente. « *Le crack d'ici et le free base de métropole, ce n'est pas la même chose* », peut-on entendre parfois chez des intervenants martiniquais. Or, même si certains dealers « *trafiquent* » le produit, le crack ou le free base reste la forme fumable par une transformation identique à celle que l'on trouve aux USA, à Paris, à Toulouse et ailleurs<sup>5</sup>.

C'est bien la question de la pureté et de l'impureté du produit qui est en jeu ici. Comme si le crack, symbole du pire de la cocaïne ne pouvait composer avec la notion de pureté. L'idée de taux de cocaïne élevé dans le crack des pauvres est contre intuitive : si c'est plus « *fort* » ça doit être plus cher, dès lors, comment le crack peut-il être un produit de pauvre ? Ce n'est pas que le crack soit fondamentalement moins cher, mais son mode de conditionnement et d'administration permet d'acheter et d'utiliser de toutes petites quantités, ce qui le rend accessible aux populations pauvres : acheter de la cocaïne faiblement dosée est un luxe qu'un usager pauvre et dépendant ne peut pas se permettre.

### **Connaissances sur les modes d'administration**

Les différents modes d'administration sont, de façon globale, bien repérés par les acteurs spécialisés. Ainsi, il échappe à peu d'intervenants que la cocaïne se sniffe, se fume ou s'injecte. Toutefois, en dehors de quelques-uns particulièrement intéressés, du fait de leur confrontation fréquente aux problèmes des cocaïnomanes, des aspects moins évidents peuvent parfois échapper à la connaissance des professionnels du champ spécialisé. Certains peuvent ignorer, par exemple, que la forme chlorhydrate (poudre) n'est pas efficace en fumée (beaucoup de consommateurs leur décrivent cette pratique) ; Ou bien ne pas imaginer que des usagers injecteurs utilisent le crack ou le free base par voie veineuse pour maximaliser l'efficacité de la cocaïne ainsi concentrée (puisque ça se fume, ça ne s'injecte pas) ; Ou encore ne pas savoir que le résidu de la pipe de crack qui se présente sous forme huileuse, s'injecte également (puisque ce sont des fumeurs) avec des risques spécifiques (convulsions) ; Et enfin, que si la cocaïne peut s'absorber par la muqueuse nasale, elle est aussi utilisée dans le cadre de pratiques sexuelles au niveau de la muqueuse anale, vaginale et du pénis.

5. Sauf en République Islamique d'Iran, où pour d'autres raisons, le crack correspond à une forme d'héroïne. Voir Escots S., *Mythe de la drogue dans la République Islamique d'Iran. Quand le rapport signifiant/signifié se déplace et ouvre un chemin pour déchiffrer la structure du mythe, Pratiques à part...*, revue du réseau Ville-Hôpital Toxicomanie Passages, N°3, 2007.

## RÉFÉRENTS DE CONNAISSANCES SUR LES PROBLÈMES LIÉS À L'USAGE

### Compulsion et dépendance : « le craving n'est pas le manque »<sup>2</sup>

En France, ces dernières années, les données collectées à partir de l'activité des centres de soins spécialisés ne font pas apparaître d'augmentation significative des prises en charge de soins pour lesquelles l'usage de la cocaïne sous ses formes chlorhydrate ou base en seraient à l'origine. Comme le montre le tableau suivant, en 6 ans, la moyenne des prises en charge dont la cocaïne est à l'origine représente 5,7 %, ce qui correspond aussi au taux le plus récent documenté. Le niveau de prise en charge en centres spécialisés pour des demandes liées à la cocaïne n'a progressé que de 0,6 % alors que sur la même période la progression a été de 4,7 % pour l'alcool et de 12,4 % pour le cannabis.

Si on raisonne sur les effectifs, on constate que le nombre de personnes prises en charge pour cocaïne crack a été multiplié par 3 durant cette période.

**Tableau : Répartition en % de l'ensemble des patients suivant le produit n° 1 à l'origine de la prise en charge ou posant le plus de problèmes, 1998-2004.**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
	22 827 patients	21 436 patients	32 398 patients	31 938 patients	42 310 patients	41 168 patients	71 829 patients
Alcool	6,1	7,4	6,8	7,9	9,1	8,3	10,8
Cannabis	16,1	19,6	21,8	20,6	25,0	29,3	28,5
Opiacés	54,6	48,2	47,1	47,4	43,1	41,4	37,9
Cocaïne et crack	5,1	5,6	5,6	6,5	6,2	5,3	5,7
Amphétamines, ecstasy	1,8	1,4	1,9	2,0	2,3	1,8	1,7
Méd psychotropes	5,2	4,8	4,3	3,7	3,2	3,3	3,2
Méthadone, BHD	8,4	10,9	9,2	7,7	7,6	7,9	8,0
Autres	2,7	2,1	3,3	4,2	3,5	2,7	3,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : exploitation des rapports d'activité type des CSST en ambulatoire 2004, DGS/OFDT

« Je ne sais pas si on prend bien en compte le côté pulsionnel de la coke ? ». Cette interrogation que s'adressait à lui-même un intervenant de la réduction des risques pourrait s'étendre à bon nombre d'acteurs spécialisés, notamment ceux qui, par leurs pratiques, ont peu l'occasion de bénéficier du récit d'usagers d'épisodes compulsifs. Beaucoup de discours, y compris médicaux, ont expliqué pendant longtemps « qu'à la différence de l'héroïne, avec la cocaïne,

*il n'y a pas de dépendance* ». Ces croyances simplificatrices circulent encore et opacifient la réalité plus complexe des usagers. « *On a pas mal entendu qu'il n'y avait pas de dépendance avec la coke, on l'a tellement dit qu'on l'entend encore* ». La représentation discutable d'une absence de dépendance « *physique* »<sup>3</sup>, qui laisse au consommateur une marge de manœuvre pour ses activités sociales, familiales, etc., brouille le repérage des problèmes de dépendance avec la cocaïne.

Charles-Nicolas souligne que jusqu'à présent seule la dépendance physique se traduisait par un syndrome de manque qui servait de centre opératoire et symbolique à la définition de la toxicomanie écartant de ce fait, les psychostimulants du champ de la prise en charge, car considérés comme des produits « *mineurs* », « *non toxicomanogènes* »<sup>4</sup>.

Cet effet occultant du schéma opiacé sur les stimulants ne permet pas aux soignants de se préoccuper des consommations significatives de cocaïne chez les patients qu'ils prennent en charge dans le cadre de traitement de substitution. Ainsi, comme l'explique Besson, l'arrivée massive de la cocaïne chez des patients toxicodépendants perturbe gravement les programmes de substitution de ces patients menaçant les acquis de la stabilisation et de la resocialisation<sup>5</sup>.

Lebeau souligne quant à lui la difficulté des intervenants en toxicomanie face au craving sans aucune, pharmacothérapie. Ainsi, c'est à la fois à un problème mal identifié et pour lequel ils se trouvent sans réponse que les soignants se confrontent. Est-ce pour cette raison que les prises en charge pour des problèmes de consommations de cocaïne restent relativement basses et stables ces dernières années ? Ou simplement parce que les problèmes ne sont pas suffisamment fréquents pour se traduire significativement dans les dispositifs ?

La confusion est entretenue par les usagers qui ont des difficultés à se reconnaître dépendant à la cocaïne : « *Je connais des crackeurs qui (...) vont, du jour au lendemain (...) arrêter pendant une semaine. Donc ils n'ont pas l'impression d'être en difficulté avec le crack* », explique un psychiatre en structure spécialisée. La forme intermittente de dépendance qu'induit la cocaïne facilite son déni. De plus, pour les intervenants qui ont construit leur système de connaissances dans la confrontation à une phénoménologie de la dépendance physique, il existe un décalage. Même si l'investigation montre que cela n'est pas vrai pour tous, il y aurait besoin d'adapter le modèle de compréhension des phénomènes pour passer d'une logique du « *manque insupportable* » à celle de « *l'envie irrésistible* ».

Pour ceux qui ont intégré un modèle plus proche de l'addictologie, la question du craving est repérée et distinguée du schéma opiacé. Cette dimension du craving paraît plus évidente lorsqu'il s'agit du crack, ce point fait consensus chez les acteurs spécialisés rencontrés. L'envers de cette représentation, c'est qu'elle conduit certains intervenants à sous-estimer cette dimension lorsqu'il s'agit de cocaïne chlorhydrate. Les lieux de réduction des risques confrontés à l'injection mesurent de plus en plus la compulsivité attachée à la cocaïne par

voie veineuse. « *Dès qu'ils commencent à injecter, ils peuvent injecter plein de fois parce qu'ils ont la concentration maximale, (...) et faut pas que ça s'arrête. Donc, ils font ça jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'argent, jusqu'à ce qu'ils pètent un câble.* » (Médecin, première ligne, Paris).

En effet, comme le fait remarquer un intervenant d'ASUD<sup>6</sup> : « *il y a deux mondes de la cocaïne. Il y a celle sniffée et le shooté ou le caillou* », indiquant que seuls les deux derniers mondes relèveraient d'une réelle problématique addictive. Si cette représentation correspond pour partie à la réalité, elle occulte le fait que pour certains consommateurs, la cocaïne sniffée peut s'avérer intensément compulsive avec les complications associées.

La cocaïne drogue festive peu dangereuse, reste une représentation populaire partagée par un certain nombre de soignants, y compris spécialisés. L'image largement répandue d'une cocaïne festive et non dangereuse peut se maintenir par la mise en avant des formes de consommation les plus problématiques. À la différence de l'héroïne où il n'existait que la figure négative du junkie, avec la cocaïne, la configuration imaginaire est différente, avec plusieurs produits, et des mondes séparés, selon qui consomme et dans quel contexte.

### **Dépendance et addiction : phénoménologie de la cocaïne et positions des acteurs**

La question de la dépendance s'inscrit dans un champ plus large de concepts qui, selon les professions, la position dans le dispositif et l'adhésion à des courants théoriques psychodynamiques ou neurocognitives organisent une matrice qui structure les croyances et connaissances des acteurs concernant le rapport des usagers aux produits.

Depuis plusieurs années maintenant, l'addictologie s'est imposée comme courant dominant en matière de toxicomanie. Le signe indiscutable de cette prédominance se trouve dans le grand A d'addiction qui supplante le grand T de toxicomanie dans de nombreux sigles. Changement de paradigme dans le système de soin : la rencontre d'une personnalité avec un produit dans un moment socioculturel donné, a cédé la place à la compulsion comportementale née d'un dysfonctionnement du système nerveux par son exposition récurrente à un objet physico-chimique ou non<sup>7</sup> dans un environnement associé. Dans la pratique, les deux paradigmes cohabitent, parfois au sein d'une même équipe, voire d'un même praticien, à son insu ou dans une démarche résolue de synthèse et d'articulation.

6. Association autosupport des usagers de drogues.

7. Le caractère physico-chimique de l'objet n'a pas d'importance dans ce cadre théorique, puisque la chimie qui est déterminante est interne et non externe. C'est ce qui se passe au niveau de la biochimie du cerveau qui compte : un largage de dopamine peut résulter d'une infinité d'interactions avec l'environnement y compris celles qui n'introduisent aucune molécule extérieure à l'intérieur de l'organisme.

Un psychiatre d'une ECIMUD qui s'inscrit pleinement dans un référentiel addictologique et qui se sent proche de la psychanalyse synthétise ainsi cette position : « *le concept d'addiction, c'est un (...) concept unique, enfin quel que soit le produit, on a les mêmes fondements finalement neurobiologiques, on a les mêmes parcours, alors, avec plus ou moins de bruit d'un point de vue social, mais finalement c'est la même chose.* » Cette posture est à l'origine du peu d'intérêt pour la phénoménologie de la cocaïne et, d'une certaine manière de sa méconnaissance parmi certains acteurs spécialisés. Elle peut même légitimer des forçages dans le raisonnement pour maintenir la cohérence du système de croyance : « *De mon point de vue, pour avoir vécu les deux époques, c'est pareil. Donc certes, il y a un craving cocaïnique, mais qui n'est pas, enfin, je vais dire que le manque physique et l'appel de la Croix Verte chez les usagers de Néo<sup>8</sup>, c'était exactement pareil, c'était en tout cas très comparable, je veux pas dire que c'était exactement pareil, mais c'était très très comparable.* » On perçoit l'hésitation entre le repérage de la différence essentielle qu'introduit le craving cocaïnique, et la volonté de nier son importance pour le réduire au même phénomène que la dépendance aux opiacés. On peut parfaitement comprendre cette position comme une minimisation de ce qui pourrait apparaître comme un « *nouveau problème* », impliquant l'introduction de « *nouveaux acteurs* ». Si la dépendance à la cocaïne, c'est pareil que celle de l'héroïne, alors pas besoin de bouleverser le dispositif actuel, peut-être n'y a-t-il seulement qu'à en renforcer les moyens.

À l'opposé, et probablement pour des raisons similaires – légitimer la pertinence d'un dispositif – on trouve, grâce au même paradigme, une position qui consiste à faire ressortir une spécificité fondamentale de la cocaïne dans le cadre d'une population particulière : « *C'est une substance d'adaptation à un mode de vie particulier caractérisé par une très grande précarité, par l'errance et par la consommation d'un produit. (...) ce n'est pas juste un produit qui caractérise cette population mais c'est un produit et un mode de vie (...) quand tu as à vivre dans la rue, (...) dans une situation de violence extrême (...) Eh bien, cette drogue-là t'offre la possibilité de te stimuler, d'être vigilant, de te sentir en capacité de te défendre voire d'attaquer pour limiter la violence. Donc, elle a une fonction un peu adaptative à mon avis que, je pense, on n'imagine pas* » (CSST, Paris). Au-delà de l'intérêt de cette hypothèse, l'intervenant qui met en avant cette spécificité du crack soutient l'idée de nécessité de structures de soins spécialisées pour les crackeurs.

Du toxicomane dont le produit importerait peu, au crackeur, nouveau toxicomane, cette opposition de modèles n'est-elle pas sous-tendue par un conflit de position d'acteur dans un secteur concurrentiel en restructuration ? D'autant

---

8. Néocodion® (codéine)

que le secteur associatif est aussi mis en tension par l'addictologie hospitalière qui entend bien faire valoir ses compétences face à ce qui est une nouvelle préoccupation des pouvoirs publics.

### **Connaissances sur les problèmes liés aux modes d'administration**

En zone crack, les structures de première ligne ont une connaissance fine des problèmes liés à la fumée par l'observation attentive, ancienne et répétée des publics qu'ils accompagnent. Une hypothèse circule à Paris sur la transmission possible de l'hépatite C par voie sanguine lors des manipulations du crack à l'aide d'objets contendants comme les cutters pour couper le caillou ou les fils de cuivre qui servent de filtre. Plusieurs intervenants parmi ceux rencontrés ont attiré l'attention de l'équipe de recherche sur cette possibilité de transmission. Le rapport d'activité de l'association Espoir Goutte d'Or (EGO) de 2005, précise que « *le partage du matériel (doseur, lame ou cutter) peut favoriser la transmission de l'hépatite C* » (p. 45).

En effet, si la question de la transmission par l'embout de la pipe chez les fumeurs reste possible du fait des lésions autour de la bouche (brûlure, coupure) et du partage de matériel, la question de transmission de « sang à sang » via les blessures notamment aux mains n'est, en théorie du moins, pas à écarter. L'observation de manipulation des cutters lors des préparations des pipes et l'état général des mains de nombreux usagers plaident en faveur de cette possibilité. Un médecin intervenant dans un dispositif parisien analyse cette question de la façon suivante : « *Ce que je penserais essentiel (...) aujourd'hui, c'est d'en finir avec cette histoire de transmission du VHC et crack. J'en ai marre d'entendre partout que les gens se transmettent le VHC avec les pipes à crack, alors qu'en fait, ils se prêtent les cutters, ils se coupent. (...) Sauf qu'une fois de plus, on est dans le fantasme. Les gens vont te désigner le truc direct, je fume, je transmets ; (...) c'est-à-dire que (...), t'attrapes par là où tu pêches. Et tout le monde tombe dans ce panneau, alors que ce n'est pas prouvé, (...) épidémiologiquement, on n'a rien fait comme étude. On est encore dans l'obscurantisme (...) il faut arrêter de me raconter des conneries. C'est avec le sang. Mais, c'est à contre-courant.* »

Enfin, il ne faut pas négliger sur cette question que dans la représentation sociale, cocaïne ne rime pas avec maladie infectieuse et si l'héroïnomanie est volontiers associé au SIDA, l'usage de la cocaïne pourrait être envisagé à tort sans risques infectieux. Actuellement, il existe des recommandations pour prévenir les contaminations chez les consommateurs par voie nasale<sup>6</sup>, les poly-consommateurs ayant recours à l'injection, et dans une mesure qui reste à déterminer les fumeurs de crack. Pourtant, un intervenant d'un dispositif à Toulouse reconnaît que « *la cocaïne c'était un produit tellement en dehors des populations à risque qu'on a eu tendance à la considérer comme un produit sans risque ou du moins avec moins de risque...* »

## **Connaissances des problèmes somatiques chez les acteurs spécialisés en addictologie**

L'articulation entre spécialiste et non spécialiste pour la cocaïne reste une question car, si dans l'hexagone les traitements de substitution ont mis un peu de liant dans les relations et le travail en réseau, à la Martinique où la question des opiacés est marginale le problème reste en l'état. « *Il n'y a pas de culture, il n'y a pas un partage de cette connaissance-là encore. Il faut dire que les médecins généralistes ne se sont pas vraiment impliqués, et que les médecins hospitaliers ne sont pas non plus spécialement intéressés (...)* Ils prennent de la distance par rapport aux toxicomanes en général, aux drogués, (...) L'image est négative » (Service d'addictologie).

Mais, inversement, à l'exception de quelques services particulièrement sensibilisés, il ne semble pas que les acteurs spécialisés facilitent l'accès à des dépistages précoces ou informent sur les dommages sanitaires de l'usage de cocaïne.

N'importe quel addictologue martiniquais impliqué dans la prise en charge des usagers de drogues est parfaitement capable de décrire rapidement l'ensemble des problèmes somatiques et psychiatriques que peut induire la cocaïne, car au-delà des lectures et des formations, il en a une connaissance directe. En revanche, un praticien toulousain, même d'expérience sera beaucoup moins précis pour réduire les complications somatiques à celles des injecteurs, puisque ce sont les principaux patients usagers problématiques de cocaïne qu'il rencontre à l'hôpital ou en CSST : « *Oh ! des palpitations, des choses comme ça, des tachycardies un peu plus intenses etc., mais je pense que c'est la même chose que les gens qui injectent* ».

À Paris, les intervenants spécialisés de dispositifs de première ligne ou de lieux de soins situés à l'intérieur ou à proximité des zones de vente et de consommation de crack ont une connaissance des problèmes somatiques ou psychiatriques que peuvent rencontrer les usagers avec la cocaïne. Il en va de même pour les médecins des services spécialisés parisiens qui ont une ancienneté et une expertise en addictologie, même en dehors des zones de crack. La question se pose pour des services plus éloignés de ces problématiques tant en région parisienne qu'en province ainsi que pour les personnels non médicaux.

## **CROYANCES ET REPRÉSENTATIONS QUI STRUCTURENT LES PRATIQUES**

Les représentations et croyances sur la toxicomanie en général et sur les usagers de cocaïne en particulier toujours en question chez les acteurs non spécialisés

Pour certains soignants, le toxicomane, sous quelque forme que ce soit, héroïnomanie classique, nouveau polytoxicomane ou crackeur, se reconnaît à l'hôpital par ses comportements inappropriés. Dans la représentation de bon

nombre de professionnels non spécialisés, le crackeur est un patient qui ne respecte pas le cadre de l'hôpital. De toute façon, il semble que malgré la circulaire de 1996 sur la prise en charge du patient toxicomane à l'hôpital, les médicaments de substitution et les équipes de liaison, dans certains services ou pour certains praticiens, l'accueil des patients toxicomanes et donc des consommateurs de crack identifiés comme tels, reste toujours difficile. Le signifiant toxicomane produit des représentations qui ont le pouvoir de changer le regard du professionnel de santé. C'est la prise de conscience qu'auront des urgentistes lors d'un groupe focal. *« On a un regard très différent sur le malade dès que l'on sait qu'il est toxicomane... je ne sais pas si vous avez remarqué... c'est-à-dire que le mec, on dit "oxicomane", il passe instinctivement dans la case emmerdeur... celui-là, on va avoir du mal à s'en débarrasser, il va être requérant vis-à-vis des traitements de substitution, il va être... voilà, il passe tout de suite dans une... en fait on le dénigre un petit peu d'office... ça, c'est pareil... je pense qu'il faut que ça change. »*

C'est comme si l'enjeu né à la fin des années 90 qui consistait, pour le système de soins, à modifier les représentations de ses acteurs pour transformer les pratiques afin de favoriser l'accès aux soins des usagers de drogues, restait toujours en chantier malgré des avancées incontestables.

Au-delà de cet enjeu qui concerne les toxicomanes en général, et donc, du fait de l'évolution des pratiques de consommation, un nombre de plus en plus important d'usagers de cocaïne, l'analyse du matériel met en évidence le manque de catégories de pensée adaptées à la réalité des usages de cocaïne et des usagers dans leurs diversités actuelles. En l'absence de catégories de pensée plus construites sur les consommateurs, leurs pratiques et leurs problèmes, les points d'appui des acteurs non spécialisés pour penser l'usage problématique restent pris dans une croyance qui opposerait la cocaïne des « riches » qui ne poserait pas trop de problème à celle des « pauvres » qui en poserait beaucoup.

### **Objectifs des réponses proposées en matière d'addiction à la cocaïne**

En addictologie, les objectifs généraux des traitements peuvent diverger. Pour de nombreux acteurs, le contrôle de la consommation est un objectif acceptable, mais d'autres plus appuyés sur les apports neurobiologiques soutiennent l'abstinence comme seul objectif thérapeutique, vraiment raisonnable. *« Il me semble que le désordre neurobiologique est tel que ça me paraît compliqué de gérer, mais il y en a certains qu'on arrive plus ou moins à stabiliser (...) mais la majorité, je vise l'abstinence. Après, ça dure plus ou moins longtemps (...) moi, je vise l'abstinence, c'est mon projet de soins. »* (service hospitalier d'addictologie).

Nous l'avons vu, différentes réponses sont proposées aux usagers de cocaïne. Ces réponses correspondent à des moments du parcours de soins et servent des objectifs différents. L'idée de réponses appropriées aux moments où on les

propose est partagée par plusieurs cliniciens rencontrés. Ainsi, selon un addicologue parisien, « *les apports classiques, que ça soit d'environnement et de psychologie (...) arrivent quand la stabilisation s'est déjà faite sur le plan pharmacologique. La psychologie, elle est utilisée pour repérer les dérèglements de l'humeur, de la pensée, et du sommeil, la relation aux autres, dans un premier temps, et pas pour faire des explorations sur la psychanalyse de l'arrière-grand-mère. Ça éventuellement si ça intéresse les gens, ce sera dans un deuxième ou troisième temps, quand les gens iront bien. Mais dans la prise en charge en urgence, non* ».

Un des objectifs des traitements médicamenteux est la réduction des symptômes induits par un épisode intense de consommation. Il s'agit ici d'une visée à court terme, parce que les patients sont « *en demande de soins (...) en urgence, il faut éteindre le feu* » pour réduire « *l'anxiété, l'agitation, la compulsions* », explique un médecin généraliste à Toulouse. Dans ces moments de crise, les acteurs envisagent aussi de séparer le consommateur de son milieu pour, à la fois apaiser la situation sur les plans somatique, psychique et social, mais aussi pour permettre au patient de « *faire le point* », à l'instar de ce médecin de ville à Paris qui pense que pour un consommateur présentant une addiction à la cocaïne, après en avoir « *discuté avec des collègues du réseau, il n'y avait que l'hospitalisation, pour le couper un peu de ça* ».

C'est l'image d'un tourbillon de consommation compulsive dans lequel seraient pris les patients et qui, lorsqu'ils atteindraient l'intensité maximale, se trouveraient projetés par une force centrifuge vers l'extérieur. Les acteurs auraient, à ce moment-là, une fenêtre d'opportunité pour tenter d'engager le patient dans une démarche de soins. En cas d'échec de cette démarche, le patient est repris par la force centripète du tourbillon et il faudra attendre jusqu'à la prochaine fenêtre. De façon plus concrète, on peut penser la place des ECIMUD de cette manière, particulièrement lorsqu'elles sont implantées en proximité de zone de diffusion de crack. Un psychiatre explique les attentes publiques à l'égard de son équipe comme une « *prise en charge socio humanitaire* » où le problème qui se pose est : « *Comment est-ce qu'on peut d'abord drainer les patients, les faire accéder aux soins, et ensuite comment est-ce qu'on peut les faire sortir de la précarité, de la consommation de crack pur, alors ça, c'est compliqué, parce que (...) ceux-là viennent peu. Donc on peut les choper de temps en temps aux urgences ou en infectieux quand ils sont hospitalisés* ».

Un praticien qui traite des consommateurs insérés qui utilisent la cocaïne parmi d'autres produits stimulants pour être plus performants, construit sa stratégie thérapeutique autour de plusieurs axes de travail. Ici, les objectifs se déclinent dans le temps. Le « *premier, c'est de mettre à plat les consommations, parce que, une chose qui m'a étonné aussi, c'est qu'ils ne savent pas en réalité ce qu'ils consomment. (...) Le deuxième axe, ça va être autour de la notion de stress, (...) on va reprendre des situations (...) pour voir quelle est la réalité du*

*stress et quelle est la part de stress fantasmé, et de voir comment il peut y avoir une espèce de réaménagement (...) Et puis le troisième axe, c'est un apport un peu plus large, un peu plus psychothérapeutique sur l'articulation entre ce que représente le travail, la fonction sociale, l'image de soi (...) » (Paris).*

Les entretiens centrés sur les consommations ont à la fois une visée éducative, préventive et thérapeutique. Il s'agit d'aider le patient à repérer ses modes de fonctionnement avec le produit, à identifier les différentes fonctions que le produit a pour lui, de lui faire prendre conscience des impacts négatifs de ses consommations sur les plans somatique et psychique, pour l'aider à enclencher ou consolider des changements. *« J'essaie de lui faire repérer qu'il y a aussi des moments (...) où elle peut être à l'aise, sans consommation ; j'essaie aussi de repérer (les) conséquences pour son avenir, ses projets professionnels, j'essaie de voir s'il n'y a pas un impact sur l'humeur (...) j'essaie aussi de faire de la prévention, (...) et d'essayer de la faire élaborer sur pourquoi elle consomme, dans quelles circonstances, pourquoi il y a des moments où elle ne consomme pas dans les mêmes circonstances, d'autres ou au contraire elle va consommer... » (Toulouse). L'objectif psychothérapeutique restant d'aider le patient à la prise de conscience « de ce qui est lié à son usage de cocaïne ».* (CSST).

Certains médicaments sont expérimentés pour réduire le craving. Dans un cas, certains parlent d'aide ou d'accompagnement au « sevrage » cocaïmique, dans d'autres, les médicaments sont expérimentés dans le cadre de la prévention de la rechute. C'est le cas du topiramate (Épitomax®) qui est utilisé dans une perspective de réduction du craving. Concernant le topiramate en expérimentation dans la réduction du craving, les avis sont partagés : si certains l'utilisent dans ces deux indications (aide à l'arrêt et prévention de la rechute), d'autres le réserve plutôt pour le sevrage, ils n'ont *« pas le sentiment, que ça prévienne les rechutes. Quand les gens ont envie de re-consommer, ils re-consomment et là, c'est pas vraiment un facteur de protection. »* (Médecin, Paris.)

Parfois, des acteurs prescrivent des opiacés de substitution chez des consommateurs de crack qui utilisent déjà du Subutex® ou des morphiniques dans la rue pour gérer les descentes. Il s'agit d'une stratégie pour le médecin de tenter *« de prendre la main sur le marché de la rue en matière d'opiacé en particulier. »* Et ainsi, à partir de ce lien créé par la prescription, de proposer des mesures d'aide et d'assistance sociale et médicale.

Le traitement médicamenteux a aussi une visée symptomatique des troubles conséquents à l'intoxication. Comme l'explique un psychiatre toulousain : *« c'est du symptomatique en fait, pour gérer les angoisses, les troubles du sommeil qui sont importants, les états dépressifs qui traînent depuis un petit moment ».*

De façon générale, les médecins rencontrés envisagent les médicaments comme des outils qui s'inscrivent dans un projet global de soins.

## La place des séjours de « rupture/éloignement »

Avec la cocaïne et sa phénoménologie compulsive séquentielle, la question de ce que le secteur a coutume d'appeler, « séjour de rupture », et qui consiste en un éloignement de la personne de son lieu de consommation, se pose avec une nouvelle acuité. Parmi les acteurs interrogés, les avis sur cette question sont partagés. Une partie voit dans cette possibilité une réponse à un besoin impératif et nécessaire pour construire et mettre en place réellement un projet de soin. D'autres, à l'inverse, pense que dans la mesure où la rechute au terme du séjour est inévitable, il est préférable pour éviter l'effet de renforcement négatif, sur l'image de soi de l'usager « *attaquée* » par « l'échec » et sur la motivation à se soigner du fait de « *l'à quoi bon* » que la rechute induit, de ne pas recourir à ce type de réponse, notamment pour les usagers de cocaïne base précaires.

C'est une demande des usagers de pouvoir « *faire un break* ». Un médecin en CSST à Paris a entendu longtemps et sans vraiment pouvoir répondre, cette « *demande de mise au vert immédiate*. » Pour ce praticien, dans la mesure où ces demandes arrivent toujours en urgence, « *on n'y arrive jamais, parce qu'on n'a pas le dispositif pour éloigner de manière rapide et même pour des courtes périodes le temps qu'ils atterrissent, les gens. C'est un peu dommage parce que ça peut servir.* »

C'est aussi ce qui se passe dans des lieux de première ligne, comme à Toulouse, où des injecteurs compulsifs, viennent en urgence demander « *un sevrage* », adaptant ainsi, leur terminologie au modèle de l'héroïne plus intelligible. Mais, il s'agit toujours de la même chose : la recherche d'un lieu à l'écart de la consommation pour s'extraire de la compulsion.

Cette mise à l'écart peut servir des objectifs multiples sans pour autant constituer la réponse unique. Selon les usagers, selon l'endroit du parcours où ils sont avec les produits, et leur mode de vie social, les besoins varient. Courtes pauses pour ne pas aggraver une situation, prendre du recul sur les événements, ou mûrir une décision de changement ; ou moments plus longs pour envisager et construire une alternative durable à la toxicomanie, différentes expériences peuvent construire un parcours de soins.

Un cas clinique peut permettre de clarifier les enjeux de cette réponse. Une femme de 42 ans, toxicomane depuis une vingtaine d'années, présente une addiction au crack depuis 6 ans. « *Il y a un an, elle a décidé d'arrêter. (...) là, ça fait 6 mois qu'elle n'a plus été dépendante, elle a pris de temps en temps un caillou, deux, par-ci, par-là, tous les quinze jours, (...) par rapport à avant, ce n'est rien. D'ailleurs, entre le moment où elle a arrêté et maintenant elle a pris 25 kilos (...) Elle est à un moment de sa vie, où, (...) elle n'a plus aucun repère sur ce qu'elle peut devenir, elle se coltine avec une réalité extrêmement douloureuse parce qu'elle se retrouve dans des foyers, dans des chambres d'hôtel, du service social, (...) ça devient aussi une errance, c'est sans fin, sans aucune*

*perspective de ce qu'elle peut devenir, avec des tentations sans arrêt par ses anciens copains, qu'elle rencontre, (...) elle se fait emmerder, en même temps solliciter, elle rentre dans des logiques de rue, de bagarre, (...) elle a perdu ses papiers, et ça tourne, et ça tourne, ça fait plus d'un an que c'est comme ça. Et elle voit bien qu'elle s'en sortira pas, pour celle-là, c'est clair, si elle part en postcure, dans deux mois elle revient, c'est pareil. Il faut un temps extrêmement long pour que déjà, elle arrive à se rencontrer elle-même. Peut-être dans 6 mois, un an, elle saura un peu plus ce qu'elle peut devenir » (Paris).*

L'enjeu clinique n'est plus la compulsion qui s'est épuisée dans le processus de répétition, mais l'existence : à 42 ans, après vingt années de vie en marge, comment s'inscrire dans un processus social ? Le séjour de rupture devra prendre en compte ce paramètre du temps : temps social, temps de la marge, temps de la marge de la marge (soin), nouveau temps social. Car le séjour de « rupture/éloignement » de longue durée a pour objectif « *de repenser un peu leurs projets de vie* ». Pour un psychiatre d'un CSST, les consommations lorsque le patient revient sur son lieu d'origine, ne sont pas forcément un problème il faut considérer la globalité de la démarche et le maintien dans un projet « *de s'en sortir* ».

La rupture peut aussi être de courte durée dans des moments de la trajectoire où la compulsion est forte, mais où l'introduction de « *pauses encadrées* », instaure autant de moment de récupération, mais aussi de création de lien avec le soin, et d'accumulation de moments de vie et de pensées de soi autrement que dans la compulsion. Le problème n'est pas tant la rechute que l'idée de rechute.

Le séjour de rupture interroge les praticiens : « *Est-ce que la pause est la manière de traiter la dépendance au crack ? (...) pour moi, la réponse est non, ça permet de rétablir un peu les choses mais on n'est pas rentré dans le traitement.* » Pour ces praticiens, c'est un aménagement des conséquences psychologiques et sociales « *à court terme, pas dans l'ouverture de temporalité nouvelle de soins* ». Cette position clinique s'inscrit dans une lecture de la situation sociale où « *la problématique crack, cocaïne (...) est dans un moment où la diffusion est peut-être plus épidémique, (...) il faut être plus clair et plus offensif dans l'offre de soins et de traitements de ces problèmes* ». Dans cette logique, le modèle de soin doit se visibiliser doit être en rupture avec l'offre initialement construite pour l'héroïne : sevrage, post-cure, insertion. En privilégiant, les modèles addictologiques de type motivationnel, soutien moléculaire, thérapies cognitive et comportementale, la mise en œuvre du soin sur le lieu de vie et de consommation de l'utilisateur, s'oppose au séjour de rupture/éloignement.

Nous sommes là, plus dans l'opposition de choix de modèles thérapeutiques fondés sur des positionnements et des nécessités de repérages et de lisibilités institutionnelles, que dans des réalités cliniques, car l'ensemble de ces approches reste complémentaire lorsque leurs indications trouvent à se préciser.

## Les approches psychoéducatives et psychothérapeutiques

Dans le cadre de la prise en charge des usagers de crack précarisés, une approche consiste à les suivre en ambulatoire en maintenant un contact avec les éducateurs de première ligne de la structure d'origine. Ainsi, une ECIMUD parisienne, « *accepte de fonctionner comme dans une clinique privée « addiction».* (...)  *dans ce que Diclemente<sup>7</sup> appelle «les programmes intégrés».* C'est-à-dire ne pas les hospitaliser parce que le résultat est pire que l'indication à les suivre », explique un médecin psychiatre. Le travail d'accompagnement, la consultation ambulatoire est une composante centrale de la prise en charge des patients.

Avec la cocaïne, certains cliniciens trouvent dans les approches cognitives et comportementales un intérêt dans ce que cela permet comme création de liens avec le patient en l'absence de traitement de substitution et d'outil pour travailler la motivation à se soigner. « *Le problème auquel on est confronté ici c'est qu'il n'y a pas de traitement pour la cocaïne. (...) La seule chose qu'on puisse vraiment proposer (...) ça relève de la psychothérapie, du socio-éducatif (...) ça prend beaucoup de temps (...) et puis il faut être formé quand même à ces techniques-là que ce soit en thérapie comportementale ou cognitive, que ce soit sur les entretiens motivationnels, que ce soit sous d'autres formes de psychothérapie mais orientées quand même (...) en addictologie* » (Psychiatre). En absence de traitement médicamenteux qui fasse l'unanimité, le travail d'accompagnement éducatif et psychothérapeutique trouve une place de premier plan dans la prise en charge. Et finalement, toutes sortes d'approches psychothérapeutiques pourraient convenir aux discours addictologiques dominants, à condition qu'elles se focalisent sur... l'addiction.

Les références des acteurs aux approches cognitives et comportementales sont pour l'essentiel anglo-saxonnes. En ce qui concerne l'entretien motivationnel, dont l'intérêt est mentionné à plusieurs reprises dans l'enquête, les professionnels s'appuient sur des documents vidéo ou des ouvrages<sup>8</sup> dont la traduction est tout à fait récente, lorsqu'elle existe. Des formations se mettent en place, dont des formations de formateurs afin de diffuser plus largement ce type d'approche. À la Martinique, plusieurs praticiens sont sensibilisés ou formés à cette approche et souhaitent la développer. Dans le même esprit de développement et d'appropriation des connaissances, un service d'addictologie parisien est en train de traduire un manuel en thérapie cognitive et Comportementale qui fait référence dans le traitement des addictions à la cocaïne<sup>9</sup>.

En France, les thérapies cognitives ou comportementales sont souvent opposées au modèle psychanalytique. Dans le champ actuel de l'addictologie, il semble que les systèmes de croyances évoluent. Mais, si on en parle plus qu'avant, les praticiens rencontrés ne sont dans l'ensemble que peu formés aux thérapies comportementales ou cognitives, à l'instar de cette psychiatre d'un

CSST qui reconnaît qu'elle n'est « *pas formée en TCC, par exemple, (...) ce n'est pas dans ma culture, les TCC* ». Mais ce qui signe que les habitus du dispositif changent, c'est qu'« *il n'y a pas de soucis (...) si on me prouve que c'est la TCC, j'irais même jusqu'à me former (...) je n'ai pas non plus de répulsion absolue, mais ce n'est pas de ma culture...* ».

Un addictologue qui utilise et soutient ces différentes approches les propose à différents services qui sont ouverts à ces techniques et qui ont envie de s'y sensibiliser. Dans certaines structures parisiennes ou caribéennes, l'accueil est plutôt favorable, même lorsqu'il y a des praticiens identifiés comme appartenant à des courants psychanalytiques. Et si certaines méthodes ne rencontrent pas l'adhésion aujourd'hui, c'est plus par le rire que cela se traite que par l'anathème. D'ailleurs, lors de sessions de sensibilisations aux approches comportementales, un addictologue dit ne pas avoir rencontré de résistances : « *J'en ai rencontré aucune, je vais vous dire quelque chose, à « X » où il y a des psychanalystes, et bien ils se disaient être intéressés. (...) La seule technique qui fait rire, et que moi (...) je défends, c'est le management des contingences<sup>9</sup> (...) L'idée de renforcer avec des bons cadeaux etc., ça fait rire, mais je pense que l'association management-contingences plus TCC, ça a montré son efficacité, pourquoi ne pas l'utiliser en France ?* »

Il ne faudrait pas pour autant négliger la dimension de la culture française et sa propension à la « *résistance* » qui conduit à ne pas s'en laisser trop conter par toute étude qui viendrait d'outre-Atlantique et prétendrait avoir valeur scientifique. « *Je pense que psychothérapie de soutien et médicaments anti-craving ça marchera aussi bien (...) on sait bien que les différentes psychothérapies n'ont pas fait la preuve de la suprématie de l'une sur l'autre, simplement, les études qu'on a venant des Etats-Unis (...) c'est médicaments, plus TCC, parce (...) qu'il n'y a que ça qu'on nous livre dans la littérature internationale et (...) c'est plus évaluable. Maintenant, moi je pense que les bonnes psychothérapies, quelles que soient leurs obédiences, si les gens sont formés, ont de l'expérience et de la conscience, ça marche aussi bien que la TCC.* » (CSST).

Une psychiatre d'un service d'addictologie parisien, explique qu'elle « *ne pratique pas les TCC* », mais comme il y a dans l'équipe où elle travaille « *des personnes qui pratiquent les TCC (...) si je pense que ça peut aider... effectivement, j'adresserai les personnes. (...) je suis plutôt disons, d'orientation phénoménologique et psychanalytique ; et la psychanalyse, je pense que (...) c'est une référence ! (...) une approche tout à fait passionnante et tout à fait utile pour la personne qui consomme des drogues, pas seulement la cocaïne* ».

Si certains praticiens s'inspirant de la psychanalyse peuvent imaginer adresser des patients aux TCC, en revanche l'un des comportementalistes que nous avons

9. Thérapie comportementale qui consiste à récompenser le patient lorsque ses comportements addictifs s'améliorent.

rencontré, pense, avec « le recul scientifique » dont il dispose, qu'il « *ne sait pas si la psychanalyse ça soigne les dépendants à la cocaïne* ». Pour autant, il n'est pas contre le fait que, « *dans un deuxième temps* », le patient puisse bénéficier d'une « approche analytique » ; car, le comportementalisme, « *l'approche symptomatique (...) c'est une approche très organique finalement, on va chercher le résultat immédiat, et on traitera le problème de fond, psychologique en second temps* » (Paris).

Plusieurs éléments de l'enquête tendent à confirmer que le dispositif de soin français n'est plus dans les mêmes croyances et dispositions aujourd'hui que lorsqu'il changea de paradigme<sup>10</sup>, il y a un peu plus de dix ans.

### **Des connaissances sur les médicaments structurées par la position de l'acteur**

Les acteurs spécialisés non médecins rencontrés n'ont pas ou très peu de connaissances sur les médicaments expérimentés. L'expérimentation de traitement pour les problèmes en lien avec la dépendance à la cocaïne est une opportunité pour développer ou consolider une place dans le champ de l'addictologie en France. Selon sa position initiale et la perception qu'il a de ses forces et de ses fragilités dans le champ, chaque acteur va déployer une stratégie pour utiliser ou pas cette opportunité. Certains acteurs se sentent suffisamment reconnus et installés pour ne pas avoir besoin de déployer une énergie importante autour de l'enjeu que constituent les molécules pour le traitement des problèmes de cocaïne. Pour certains acteurs, la position institutionnelle faiblement connectée à l'université, ne les conduit pas à s'inscrire naturellement dans cette démarche.

Inversement, d'autres acteurs se saisissent pleinement de cette opportunité, car ils peuvent voir dans cet enjeu une possibilité de développement de leur position. Et ceux qui n'appartiennent pas directement au champ universitaire sont en recherche d'alliances à cette fin.

Nous avons vu que face à la possibilité de prescrire une molécule dans une indication de traitement de problème lié à la consommation de cocaïne, deux positions pouvaient s'observer : l'empirisme et l'attentisme. La première concerne ceux qui prescrivent dans cette indication, la seconde, ceux qui ne prescrivent pas dans cette indication, mais qui peuvent éventuellement prescrire pour les troubles périphériques (conséquences des abus d'usage) ou centraux (pathologies sous-jacentes).

Si on analyse les connaissances liées aux molécules expérimentées dans l'intention de traiter les problèmes de dépendance à la cocaïne, et la façon dont elles se structurent, il est nécessaire de distinguer parmi ceux qui prescrivent, les postures de chacun. Deux attitudes se distinguent dans ce type de prescription. Celles de praticien qui inscrivent leur prescription dans une recherche de preuve scientifique par rapport aux molécules et celles de praticiens qui sont avant tout en recherche de réponses cliniques pour leurs patients. Il va de soi

que les premiers sont aussi dans une recherche de réponses pour leurs patients, mais leur rapport à la connaissance concernant ces molécules est structuré par cette quête de la preuve scientifique qu'ils vont, à la fois chercher de façon approfondie dans la littérature, et qui va aussi organiser leur rapport à la prescription. Les seconds sont aussi intéressés par la preuve scientifique de l'efficacité des traitements qu'ils donnent à leurs patients, mais le savoir en seconde main d'un universitaire ou un « *tour* » sur Internet, ou la consultation d'une revue scientifique pour prendre connaissance d'une méta-analyse ou d'un article leur suffira. Le rapport au savoir s'organise, ici aussi, selon la position de l'acteur par rapport à l'université. Pour les attentistes, l'absence de niveau de preuve suffisante suffit à légitimer leur position à ne pas prescrire.

Les médecins généralistes des réseaux de ville hôpital sont en général dans une position d'attentisme par rapport à la prescription dans une indication de traitement de la cocaïne, et de ce fait, ils s'intéressent moins aux molécules qui sont expérimentées. On peut comprendre cette position dans la mesure où leur identité dans le champ s'est fondée par la possibilité de prescription d'un médicament spécifique pour une dépendance particulière. Or il n'en existe aucun qui puisse prétendre à un niveau suffisant de preuve avec la cocaïne. Enfin, les médecins qui développent des approches alternatives à la prescription moléculaires, comme l'acupuncture par exemple, sont dans un attentisme « *actif* » dans la mesure où ils prétendent répondre par leur technique à la principale indication des molécules en expérimentation : la réduction du craving.

Enfin, plusieurs des acteurs spécialisés, engagés dans des expérimentations, font référence aux journées organisées par la MILDT en juin 2006 et à des rencontres de travail proposées par la DRASS Île-de-France, ces dernières années. Pour plusieurs acteurs spécialisés, ces rencontres ont servi de « *stimulant* » pour s'engager dans une réflexion sur l'expérimentation de molécules.

### **Les opiacés : un modèle implicite pour penser les réponses moléculaires ?**

Dans la mesure où peu de travaux ont été menés en Europe et en France tout particulièrement, les connaissances sur les traitements des problèmes en lien avec la cocaïne se structurent à partir des publications internationales et notamment nord américaines. C'est une différence notable avec la situation de la mise en place du dispositif de soins pour les problèmes en lien à l'héroïne, car, comme l'avaient montré Coppel<sup>11</sup> et Bergeron<sup>12</sup>, les travaux internationaux n'avaient pas joué un rôle très important durant la première partie de la construction du dispositif (1970-90).

De nombreux travaux internationaux en addictologie reposent sur les découvertes récentes en matière de connaissances neuroscientifiques des psychotropes et des addictions. Ces travaux expérimentent différentes molécules dans une perspective de traitement des cocaïnomanes. La plupart des acteurs rencon-

très connaissent différentes molécules expérimentées à l'étranger et savent qu'il existe des publications qui font état de ces recherches. Tous n'ont pas lu ces études, certains sur quelques médicaments seulement, et quelques uns ont une connaissance large et approfondie de la littérature en la matière, ayant eux-mêmes publié sur ces sujets.

La référence neurobiologique est majeure dans l'organisation des connaissances des acteurs, mais elle conduit à penser les phénomènes de dépendance à la cocaïne dans une complexité bien plus grande que ceux qui organisent la dépendance à l'héroïne. Tous les empiristes en quête de preuve

adhèrent, d'une manière ou d'une autre, à cette position. Pour l'un d'entre eux, « *l'idée d'un médicament de substitution, (...) se heurte (...) à une plus grande multiplicité de systèmes déréglés ou déséquilibrés que dans l'héroïne* », ruinant peut-être la perspective d'une monothérapie substitutive.

D'une certaine manière, les travaux les plus fondamentaux en matière de génétique des addictions expliquent l'impasse de la monothérapie de la dépendance. « *C'est qu'en fait, de plus en plus, on se rend compte que le phénotype dépendance, (...) est extrêmement hétérogène et (...) que toutes les études génétiques sur les dépendances (...) donnent des résultats qui sont trop contradictoires. Donc (...) les hypothèses pour expliquer ces résultats contradictoires, c'est que c'est un phénotype hétérogène et qu'il faudrait réussir à trouver ce qu'on pourrait appeler des endophénotypes qui soient plus discriminants.* » (Addictologue). En d'autres termes, les connaissances des phénomènes de neurotransmission seules ne pourront suffire pour déboucher sur un ou plusieurs traitements, il faut en plus, être en capacité de déterminer des sous-ensembles de patients homogènes d'un point de vue de l'expression génotypique avant d'expérimenter un type de molécule particulier pour un sous-groupe. Il faut entendre que si, comme l'explique un addictologue, il y a « *des grosses pistes, (...) au regard des avancées en neurobiologie, des avancées en imagerie cérébrale, des avancées en génétique et des avancées en biologie cellulaire, (...) en clinique (...) on n'a rien qui est validé sur les typologies de patients, il faudrait (...) valider quelque chose* ».

Le diagnostic psychopathologique différentiel, prend une place dans la recherche des traitements moléculaires de la dépendance aux psychotropes. Ce qui n'était pas le cas avec les opiacés qui offraient l'avantage de modèles neurobiologiques « *simples* » et qui ont été mis au point à un moment où on en savait moins sur la complexité des phénomènes en jeu dans les problèmes de dépendance. « *La cocaïne, on voit bien que les connexions (...) sont d'une autre complexité qu'avec l'héroïne. (...) j'ai l'impression (...) qu'il faudra 2 ou 3 molécules pour agir sur 2 ou 3 systèmes déréglés, plutôt qu'une seule molécule. Et que la première erreur, (...) c'est d'essayer de calquer la cocaïne sur le modèle héroïne* ». Est-ce pour autant que la solution de type BHD qui ne tient pas compte d'endophénotypes hétérogènes est abandonnée ? Pas sûr, car même si cette complexité que chacun invoque est présente dans les discours, le projet

d'une substitution pour la cocaïne reste tout aussi présent dans l'objectif : « *l'idée ce serait vraiment d'utiliser la Ritaline® comme on utilise la substitution* », explique un addictologue.

Le modèle opiacé qui ne semble pas opérationnel dans les données génétiques, neurobiologiques et cliniques agit comme une sorte de référent implicite.

### **L'acupuncture controversée**

À la Martinique en 1995 du fait des difficultés pour mettre en place des démarches sociales avec des « *toxicomanes de rue* », un médecin acupuncteur qui n'était pas spécialiste des questions de « *drogues* », a été sollicité par une équipe pour travailler avec eux. Et très rapidement ce « *qui a surpris les gens de cette association, c'est qu'on a eu tout de suite un impact assez net, (...) pas très long mais (...) quand même (...) où les gens n'étaient plus violents, où les gens consommaient moins, on pouvait arriver à les socialiser un petit peu, construire des choses. Et donc au départ ça a été ça, un point de vue totalement neutre, sur la technique d'acupuncture* », explique le médecin acupuncteur de Fort-de-France. Cette neutralité ne va pas de soi et plusieurs praticiens des trois sites expriment des réticences à l'égard de cette réponse. Il y a d'une part des réserves sur le caractère non scientifique de la discipline renvoyée aux magasins des médecines douces, comme l'explique un médecin généraliste martiniquais qui considère que seules les pratiques scientifiquement validées devraient être proposées, et que ce n'est pas parce qu'une pratique existe qu'elle repose sur des bases scientifiques : « *on fait aussi de l'homéopathie. (...) Enfin pour moi il faut que ça soit scientifique, que ce soit de la médecine tout simplement* ». Mais derrière cette argumentation d'allure toute rationnelle, on entend aussi des réserves plus « *psychanalytiques* », à l'instar d'un praticien hospitalier qui a du mal avec les aiguilles : « *je trouve qu'ils sont déjà beaucoup dans les aiguilles, donc les renvoyer dans les aiguilles (...). Je trouve que c'est un peu compliqué quand même, non ? Mais la relaxation, ce serait intéressant* ». Finalement l'effet relaxant que l'acupuncture peut produire intéresse, mais la méthode pour l'obtenir pose problèmes à certains. « *Le piquer, entrer comme ça dans son enveloppe corporelle, d'un point de vue psychanalytique c'est totalement contre-indiqué* », explique un médecin généraliste « *pas du tout pour l'acupuncture pour les toxicomanes* ».

## DISCUSSION

Plusieurs axes de croyances et de représentations déterminent et structurent les pratiques des acteurs de manière problématiques. La bipolarisation des consommateurs entre cocaïnomanes et polytoxicomane et la référence implicite aux modèles opiacés tant pour penser les problèmes d'addiction que dans l'approche des traitements en constituent les principaux axes.

En s'appuyant sur des catégories anciennes et inappropriées (héroïnomane) ; ou trompeuses car masquant l'usage de cocaïne (polytoxicomane) ; ou exogènes et réductrices en amplifiant certaines caractéristiques de façon disproportionnée par rapport à notre réalité caribéo-européenne (crackeur), les professionnels non spécialisés risquent d'occulter de nombreux usages de cocaïne problématiques. Ainsi, les personnes insérées de façon ordinaire ou simplement en difficulté d'insertion qui ont un problème avec la cocaïne disparaissent. Lorsque les points de repère objectivables manquent pour construire des catégories, les représentations sociales largement répandues viennent à la rescousse pour structurer la pensée. De ce fait, la réalité actuelle d'une diffusion plus large de l'usage de cocaïne ne se traduit pas encore dans les observations des acteurs sur l'usage problématique.

Les caractéristiques de la dépendance à la cocaïne, comme la possibilité de s'arrêter sans conséquences « *physiologiques* », un craving important, la difficulté à s'abstenir de consommer malgré les problèmes, s'observent chez tous les usagers chroniques qu'ils soient précarisés, insérés ou hyper insérés et quels que soit les modes d'administration. Ces caractéristiques sont pour partie communes et pour partie en rupture avec le modèle de dépendance aux opiacés. De ce fait, la place que tient le modèle opiacé dans le système de représentation d'un acteur est importante pour comprendre ses représentations de la cocaïne. Les acteurs qui pensent la phénoménologie de la cocaïne à partir du schéma des opiacés ont des difficultés à envisager les problèmes que rencontrent les usagers avec la cocaïne.

Les différences de croyances et d'approches des acteurs sur les problèmes de cocaïne peuvent se comprendre aussi à partir d'un autre point qui relève de la pratique. La confrontation régulière et fréquente à des personnes ayant des problèmes spécifiques liés à la cocaïne permet d'accéder à sa phénoménologie et ainsi de dépasser les représentations populaires attachées à ses usages.

Il se joue là un effet systémique, car la capacité à rencontrer des usagers en tant qu'ils ont des problèmes de cocaïne dépend étroitement de celle à comprendre l'expérience qu'ils ont de la cocaïne. Or, une lecture structurée par un modèle opio-référencé, facteur d'erreurs d'interprétation, de malentendus et finalement d'incompréhensions ne favorise pas une relation soignant-soigné sur ces problèmes. Ce qui ne signifie pas, dans le cas de polyconsommation opiacés/stimulants que le soignant souvent prescripteur de substitution perde de vue le patient, mais simplement que celui-ci évitera de lui parler de ses problèmes avec la cocaïne. De ce fait, la possibilité d'apprendre de l'expérience de l'usager

sur ce qu'il vit avec la cocaïne se limite, ne permettant pas de faire évoluer le système de représentation de l'acteur. Inversement, plus l'acteur est en capacité de repérer à partir de son modèle de représentations ce que l'utilisateur vit avec la cocaïne, plus il en favorise l'expression chez l'utilisateur qui se sent compris. Par conséquent, l'acteur enrichit son modèle par de nouvelles expériences singulières. Plus le modèle de représentations de l'acteur est en phase avec la phénoménologie de la cocaïne plus il permet d'apprendre de l'expérience des usagers.

Par ailleurs, il existe dans l'esprit de bon nombre d'acteurs, une discontinuité dans leurs représentations de la dépendance et des problèmes entre les modes de consommation (sniff ou injection de chlorhydrate ou base fumée). Cette discontinuité est probablement en jeu dans la difficulté actuelle d'identification des problèmes d'usage de la cocaïne par de nombreux acteurs. Chlorhydrate de cocaïne sniffé ou injecté ou cocaïne base fumée ne constituent pas une différence de nature : c'est toujours de la cocaïne agissant sur les mêmes sites neuronaux. Mais, en revanche, il existe une différence de degré significative : une concentration élevée (base) agissant sur le système nerveux dans un laps de temps court (injection, fumée) change en effet beaucoup de choses dans la subjectivité du consommateur. Si les problèmes sanitaires sont en effet plus fréquemment observés chez les injecteurs et les fumeurs que chez les consommateurs qui utilisent la voie nasale, c'est en effet en grande partie à la neurobiologie et à la physiologie de l'absorption de la cocaïne et de ses modes d'administration que cela est dû. Toutefois, il existe un risque à faire comme si le crack et la cocaïne injectée étaient un autre produit que la poudre de chlorhydrate sniffée. En effet, cette réification du mode d'administration conduit à dramatiser les deux premiers, mais à minimiser le troisième : le sniff ne poserait pas trop de problème.

C'est un double travail de transformation des représentations qui doit se faire, car il s'agit à la fois de saisir l'unité de la cocaïne pour ne pas passer à côté de l'usage problématique de chlorhydrate en sniff ; mais aussi de comprendre la complexité en jeu dans la diversité que constituent l'injection ou l'inhalation à chaud qui génèrent des effets et des problèmes spécifiques.

Certes ce n'est pas la cocaïne qui fait le cocaïnoman, mais elle contribue à en façonner l'expérience.

### **QUELS SONT LES RÉFÉRENTS DE CONNAISSANCES QUI STRUCTURENT LES REPRÉSENTATIONS ET LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS SOLlicitÉS ? POINTS CLÉS DE L'ENQUÊTE :**

■ Les représentations des consommateurs s'organisent autour de deux pôles : le « polytoxicomane » qui concentre les problèmes sanitaires et sociaux, et le « cocaïnoman » associé à des mondes sociaux plus favorisés et des modes de consommation festive ou performative. Une partie des consommateurs qui rencontrent des problèmes est occultée par ces deux figures imaginaires.

- Pour les intervenants, la catégorie de pensée qui associe « personne+ problème+ cocaïne » est associée au polyconsommateur, ce qui a pour effet de relativiser la place de la cocaïne, qui en tant que problème disparaît dans un ensemble de consommations diverses.
- La représentation de l'absence de dépendance « physique » brouille le repérage des problèmes de dépendance avec la cocaïne.
- Les acteurs qui pensent la phénoménologie de la cocaïne à partir du schéma des opiacés ont des difficultés à envisager les problèmes que rencontrent les usagers avec la cocaïne. La clarification des notions de craving et de dépendance reste de ce point de vue essentielle.
- La cocaïne « drogue festive » considérée comme peu dangereuse, reste une représentation populaire partagée par un certain nombre de soignants, y compris spécialisés. Cette représentation se maintient par la mise en avant des formes de consommation les plus problématiques, comme le crack ou l'injection. La dramatisation de ces modes d'usage contribue à banaliser la consommation de la cocaïne par la voie nasale.
- Les connaissances sur différents traitements utilisés dans d'autres pays confrontés aux problèmes de cocaïne de façon plus ancienne et plus importante que dans l'hexagone ne sont pas, en dehors de quelques spécialistes, largement répandues.

1. Escots, S., TREND 2005, op cit.
2. Charles-Nicolas A., Le craving n'est pas le manque, Le Courrier des Addictions, 1999, 1, 8-12.
3. Bourin, M., Bases Pharmacologiques de la dépendance et de la substitution, Dépendances, 1995, 7, (2), 47 p.
4. Charles-Nicolas, A, op cit.
5. Besson, J., La cocaïne : un nouvel obstacle à la politique européenne de réduction des risques. THS La Revue des Addictions, 1999, 1, (3), 27-30.
6. Thompson, S., Hernberger, F., Wale, E., Crofts, N., Hepatitis C transmission through tattooing : a case report, dans Aust N Z J Public Health, 1996, 20 (3), 317-18 p.
7. Carlo C. Diclemente Oest professeur au département de psychologie de l'université du Maryland, il est coauteur avec James Prochaska d'un modèle trans-théorique des comportements de changement pour les patients qui présentent une addiction.
8. Miller, W.R., Rollnick, S., L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement, (traduction française) Lécallier, D., Michaud, P., InterEditions, 2006.
9. Carroll, op. cit.
10. Bergeron, op. cit.
11. Op. cit.
12. Op. cit.

## QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS QU'ILS RENCONTRENT DANS LES INTERVENTIONS MENÉES AUPRÈS DES USAGERS ?

*Les difficultés sont présentées selon un découpage lié à la chronologie des pratiques : les difficultés qui se rapportent à l'accueil du patient, celles qui concernent la prise en charge, enfin les problèmes que pose l'orientation. Ces trois niveaux recoupent à la fois des difficultés qui sont liées au patient et à ses problèmes sanitaires ou sociaux, à sa consommation de cocaïne, à son mode de vie, etc. autant qu'à l'organisation et aux fonctionnements des dispositifs. Cette question est traitée à partir de l'ensemble du matériel recueilli auprès des acteurs de santé.*

### **DIFFICULTÉS RELATIVES À L'ACCUEIL DE PATIENTS CONSOMMANT DE LA COCAÏNE BASE OU CHLORHYDRATE**

Accueillir des patients toxicomanes a toujours posé problème à l'hôpital<sup>1</sup>. En 1996, une circulaire de la Direction Générale de la Santé<sup>2</sup>, fixait entre autres objectifs d'améliorer par diverses mesures ce problème. Cette enquête se réalise un peu plus de dix ans après et si les acteurs rencontrés font état d'améliorations sensibles, ils indiquent aussi que le polytoxicomane consommateur de cocaïne base ou de chlorhydrate injecté est encore un patient dont les problèmes posés dans le cadre de son accueil ne sont pas toujours résolus. Bon nombre de soignants se disent encore démunis face à ce type de patient.

Un acteur interrogé résume la situation des crackeurs ainsi : « *Ce sont des patients qui posent beaucoup de problèmes à l'hôpital, en plus, comme ce sont de grands exclus, la psychiatrie dit que ce n'est pas à elle de faire la charité, on a très peu de connaissances sur la molécule et comment s'occuper de ces publics, on a peur aussi. Donc, c'est extrêmement compliqué* ».

Même si la violence n'explose que dans des contextes d'interaction spécifiques et que les effets du crack ou de certaines formes de comorbidités ne

peuvent, à eux seuls, rendre compte de passages à l'acte sur les soignants ou sur les lieux d'accueil (sinon ce serait permanent), plusieurs acteurs rencontrés sur Paris et en Martinique font état de comportements « agressifs », de « violence verbale », et une femme médecin en Martinique dit avoir « été attaquée à coups de couteau (...) par une personne qui était crackée ». Des « bagarres » dans les salles d'attente, de la violence sont aussi mentionnées aux urgences du CHU de Fort-de-France, au point qu'il y a quelques années, confronté à des phénomènes de groupe, le service a mis en place des mesures de sécurité. À Paris, un médecin d'un service d'urgences, note également chez certains patients usagers de drogue, cette « violence verbale, en état d'agitation (...) parce que ce sont des gens angoissés, ils sont un peu désinhibés donc, ils dépassent un peu la mesure, mais on n'a pas à déplorer (...) de dégradations de matériel ou bien de violence sur le personnel ».

L'autre aspect qui rend difficile la présence de certains usagers de drogue dans les structures sanitaires et les établissements médicaux tient dans l'abord relationnel de patients qui peuvent se situer dans la transgression et la provocation. Un cadre infirmier d'un service somatique à Paris, s'agace de ces comportements récurrents où « il y a toujours des conflits (...) tout le temps parce qu'ils fument dans les chambres, parce qu'ils fument dans le lit, il n'y a pas de limites, voilà. Tout devrait être permis ». Les besoins de substances des patients sont interprétés sur le registre de la transgression sociale et non comme des problèmes d'addiction, ils deviennent des enjeux permanents dans les relations conflictuelles soignants-soignés. De la même manière rattrapée par leurs affaires « de rue » et de compulsion, ils peuvent abandonner les nuits d'hôtel pourtant chèrement négociées avec la structure de première ligne ou le CSST : « tu leur fournis un hôtel d'urgence parce qu'ils sont dans un état épouvantable, et tout simplement, ils n'y vont pas ». Ou encore, des débordements liés à des consommations abusives peuvent induire parfois des dégradations des lieux d'hébergement.

La phénoménologie de la cocaïne implique des répétitions séquentielles de consommation intensives qui peuvent donner au soignant l'impression d'une impuissance face à un processus sans fin. La compulsivité modifie sans cesse la chronologie des besoins. Ce qui semblait vital à un moment donné n'est plus prioritaire à un autre moment. D'où ces demandes non suivies d'effets, ces rendez-vous manqués, ces demi-tours, ces volte-face qui donnent à l'accompagnement ce sentiment de discontinuité. « On essaye de mettre en place des choses, mais c'est pas évident du tout, c'est vraiment un suivi très saccadé, par intermittence (...) qui est très difficile parce qu'en effet, elles ne peuvent pas se tenir à des rendez-vous donc on a pris l'habitude de les voir quand elles venaient. » (Périnatalité, Martinique). Les acteurs qui essaient de suivre les grossesses dans l'hexagone s'adaptent aussi à cette difficulté faisant preuve d'une grande souplesse dans le cadre de l'accompagnement.

En l'absence de repérage des processus à l'œuvre, l'interprétation de ces comportements fluctuant à l'égard du soin peut générer du rejet chez les

soignants, vis-à-vis des patients mais aussi des acteurs qui essaient de les aider. Un médecin d'un service d'urgence psychiatrique à Paris se retrouve parfois dans des situations délicates vis-à-vis de ses collègues qui ne comprennent pas forcément le processus addictif qu'induit la cocaïne. « *Dans la mesure où la consommation modifie le tableau et modifie l'adhésion aux soins, (...) on a des gens (...) qui viennent demander à être hospitalisés et qui le lendemain sortent du service d'hospitalisation. Ce qui fait que les services d'hospitalisation nous téléphonent ou nous écrivent en disant : "il ne fallait pas les hospitaliser" ».*

Cette situation vaut aussi pour les maladies infectieuses où comme l'explique un généraliste d'une structure de première ligne en Martinique : « On leur fait leur premier dépistage, la confirmation, ils ne viennent pas toujours ». Ces ruptures que produit le patient dans le processus de soin se vérifient même pour les soins durant une hospitalisation, où, si leur état leur permet, ils peuvent enlever leur perfusion et quitter le service, sans plus attendre. Il n'est pas impossible que ce qui est interprété par certains soignants comme « *l'appel du produit* » soit en fait un phénomène qui associe aux mécanismes neuromoléculaires en jeu dans le craving, troubles psychiques, contexte social et interactions au sein du système soignant.

Enfin, il est important de noter que la diversité de profils sociaux parmi les consommateurs de cocaïne, interroge la mixité de l'accueil dans les structures. L'accueil de populations très marginalisées aurait tendance à écarter les publics plus socialement insérés. Un médecin d'un CSST parisien qui accueille « *une population (...) extrêmement marginalisée, désocialisée, et ayant eu des problèmes de justice, c'est visible. (...) Donc les gens qui sont encore à peu près bien dans la vie, ils n'ont qu'une idée, c'est surtout pas venir dans cet endroit-là* ». La conséquence pour ces publics insérés, c'est que ne pouvant les suivre sur la structure même, les soignants vont chercher à les adresser vers des structures hospitalières moins connotées socialement pour « *les amarrer* » aux soins.

## **DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LA PRISE EN CHARGE OU L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS**

### **De la difficulté de prendre en charges des patients présentant des problématiques multiples**

Les acteurs de santé rencontrés sont souvent confrontés à des patients en demande pour un problème d'usage de cocaïne, problème qui a de nombreuses répercussions sur tous les aspects de leur vie... Certains patients présentent à la fois de sévères problèmes d'addiction, une précarité plus ou moins grande, et des comorbidités psychiatriques parfois graves. Et pour la prise en charge, « *tout ça complique un peu les choses* », rappelle un obstétricien. Il est clair que certains parcours aboutissent à des tableaux cliniques redoutables, « 10-

15 années de rue, ce n'est pas rien », en terme de rapport aux autres, à soi, à son corps et à sa santé, autant de paramètres qui déterminent le rapport au soin et à la prise en charge. « *C'est-à-dire que là, on a un package total, avec des problèmes, familiaux, sociaux, de polytoxicomanie, c'est quand même de grosses grosses prises en charge compliquées.* » (Médecin, Toulouse). Toutefois, ces situations sont banales dans le champ de la toxicomanie : bon nombre de patients d'hier et d'aujourd'hui, présentaient et présentent des tableaux similaires.

En revanche, les troubles psychiatriques induits par la cocaïne ne facilitent pas la relation soignant-soigné, car ils sont facteurs d'affects négatifs et de contre attitude. À Paris, dans une structure où une partie importante des patients est consommatrice de crack, un psychiatre reconnaît que « *ce ne sont pas des gens que tu as envie de rencontrer, tu vois. (rires). (...) il faut vraiment faire tout un effort, et c'est là où tu as intérêt d'avoir une pluridisciplinarité, parce qu'il faut être plusieurs dans ce cas-là. Pour que, à tour de rôle on supporte.* ». Même si, comme le remarque un médecin d'une unité psychiatrique parisienne, par certains aspects, « *un héroïnomanie en manque, il était quand même difficile à contrôler, difficile à gérer, très agressif, donc on retrouve un peu ces tableaux-là, chez les consommateurs de crack. Mais pas du fait de leur manque, mais du fait de l'effet du produit.* ». Cette différence est fondamentale, car les mécanismes psychiques en jeu diffèrent et la tonalité émotionnelle, l'ambiance relationnelle sont vécues sur d'autres registres qui mobilisent l'intervenant sur le plan des affects de façon plus difficilement empathique. La consommation de cocaïne est en soi un facteur de difficultés pour les acteurs rencontrés, variable selon leur place dans la mise en œuvre des réponses.

La précarité des usagers de crack polytoxicomanes, parfois injecteurs (dans l'hexagone) est aussi récurrente dans les difficultés évoquées pour répondre à leurs besoins. Ce sont des patients « *dans la précarité, dans la marginalité, souvent sans travail (...) Avec un suivi très difficile* », constate un médecin d'un service de soins intensifs.

Si pour les services d'urgences, la question des troubles psychiatriques peut trouver des réponses auprès des ECIMUD ou de la psychiatrie, en revanche sur le plan social, c'est plus difficile. À la Martinique par exemple, un médecin du service des urgences du CHU fait le constat que sur ce plan-là, il n'y a « pas de réponse du tout. Il nous faudrait une assistante sociale parce qu'il y a des patients qui sont quand même demandeurs, qui sont dans des situations matérielles difficiles ». L'hôpital est structurellement limité sur le plan des réponses sociales, et si la présence et l'efficacité de l'assistante de service sociale peuvent s'avérer un atout précieux pour un service hospitalier, les réponses sociales dépendent en grande partie de ressources externes à l'hôpital. Un médecin d'un CSST hospitalier le constate, même s'il « *a un assistant social qui se démène. Ça, c'est clair. (...) nous, on est une structure hospitalière, pour nos patients on a beaucoup plus de facilité pour faire des bilans, pour hospitaliser, on travaille beaucoup avec l'immuno clinique, (...) donc c'est beaucoup plus facile*

*de leur proposer des suivis (...) Mais pour tout ce qui est social... »* il y a une dépendance aux possibilités et aux limites des services extérieurs.

Paradoxalement, les patients consommateurs de cocaïne bénéficiant d'une insertion sociale et professionnelle de bonne qualité peuvent poser aussi des problèmes pour la mise en œuvre de réponses, et notamment pour mettre en place des hospitalisations pour les problèmes d'addiction. En effet, comme l'explique une psychiatre d'un service hospitalier en addictologie, « *il y a énormément de consommateurs de cocaïne qui sont, un peu trop même, insérés dans la vie active et professionnelle ! (...) ils sont très pressés, (...) c'est difficile d'organiser une hospitalisation parce qu'ils ont des obligations professionnelles. Ils ne peuvent pas tout arrêter très rapidement, il faut programmer, ils essaient de voir quand ils ont des vacances, des congés, comment faire pour que ça soit (...) pas très long, etc.* »

Décidément, il n'est pas facile de mettre en place des réponses pour les usagers de cocaïne, qu'ils soient précaires ou insérés. Au-delà des conditions sociales, on l'a vu, qui déterminent une partie des réponses, les acteurs interrogés ont aussi souvent mis en avant le peu de demandes de soins qui caractérise les différents publics consommateurs de cocaïne. Une autre difficulté avec la consommation elle-même et ce qu'elle induit dans la mise en œuvre de réponses.

### **L'absence de demande : une difficulté pour les soignants**

Ce faible niveau de demande perçue par les acteurs, décrit dans la première question du rapport est général et ne concerne pas que le soin des problèmes liés à la dépendance à la cocaïne. Comme le dit de façon synthétique un psychiatre : « *il y a une ambiance générale qui est au refus de soins* » chez les patients qui utilisent la cocaïne. Cette formule, valable pour la psychiatrie, peut s'étendre aux soins somatiques et à la dépendance. Comme il le précise, « *ils veulent des soins, mais, juste ce qu'ils veulent et au moment où ils le veulent, et pas forcément quelque chose au long cours, une consultation, etc., donc c'est un peu une demande de soulagement immédiat, difficile à transformer, donc ça, c'est une difficulté* ». D'une autre manière, dans un CSST parisien, un médecin respecte cette temporalité où besoin et demande ne se superposent pas : « *il y en a qui ne veulent pas s'occuper de cette partie addiction, ils préfèrent s'occuper de problèmes sociaux, d'autres, bon, on les laisse aller à leur rythme, en les incitant évidemment sur certaines choses* ».

Ce rapport à l'immédiateté de la réponse, à mettre en parallèle avec celle que procure « le produit », s'observe en service somatique et aux urgences dans la mise en place de relais vers les équipes de liaison. D'une part, le service où est hospitalisé l'utilisateur prend contact avec l'ECIMUD seulement « *lorsqu'il est demandeur* » ; et d'autre part, dans la mesure où la durée de la présence du patient dans le service permet la rencontre avec des membres de l'équipe de

liaison. En effet, bien souvent les usagers « *passent quelques heures aux urgences, on n'a pas le temps de faire intervenir les équipes* ». Par exemple, un infirmier d'un service d'orthopédie parisien explique, à propos d'un patient hospitalisé la veille, que comme « *il va sortir aujourd'hui, donc, on ne les a pas appelés* ». Parfois, les patients repartent, contre avis médical, sans attendre la fin de l'hospitalisation.

Un médecin généraliste toulousain s'est construit une philosophie face à ce rapport aux soins induit par la phénoménologie de la cocaïne qu'il observe chez les usagers : « *il faut attendre qu'ils s'épuisent, qu'ils s'éteignent. Ce sont des jouets mécaniques, il faut attendre que ce soit fini, qu'ils aient fini de sauter partout. On essaie qu'ils ne se tuent pas, on essaie qu'ils ne nous entraînent pas dans des histoires sordides, c'est tout. On joue le rôle de bornes, solides, repérables, dans lesquelles on peut prendre une ration de trucs pour se calmer un peu, et si possible pas plus* ».

### **Le manque de continuité dans les prises en charge en réseau**

Si tous les comportements des cocaïnomanes ne sauraient se réduire au craving, il est indéniable que la dépendance à la cocaïne est un facteur important de discontinuité dans la subjectivité de ses consommateurs, dont les conséquences affectent directement les réponses que les acteurs essaient de mettre en place. Face à des patients qui créent en permanence de la discontinuité dans le lien avec les acteurs de santé, il y a nécessité à produire de la continuité dans les prises en charge. Ce n'est pas ce que les acteurs rencontrés dans l'enquête témoignent en ce qui concerne leurs pratiques de ou en réseau. Dans certains espaces urbains, les patients fréquentent souvent plusieurs structures, sans que cela ne donne lieu forcément à des échanges entre professionnels. « *Pour l'instant ça manque de lien, de toute façon, on a toujours manqué de lien entre les structures, parce qu'on voit un peu les mêmes (...) usagers. Les patients le signalent aux acteurs : "ah ben, j'étais à « X » hier", mais nous, on ne se parle pas trop sur les patients* », constate un médecin d'un CSST parisien. D'une certaine manière, le réseau existe par la réalité des connexions que le patient établi en fonctionnant avec plusieurs acteurs de santé dans une certaine simultanéité. Si les acteurs n'utilisent pas ces connections dans l'intérêt du soin, les effets de la relation entre un acteur et le patient, impactent sa relation au patient, à l'insu ou non d'un autre acteur.

Lorsqu'un patient sort d'hospitalisation, la liaison avec le médecin de la structure de soin spécialisé ou de première ligne qui suit le patient n'est pas systématique. Cela s'observe aussi, lorsque les patients sont incarcérés. Plusieurs acteurs déplorent que les liaisons avant la fin de l'incarcération interviennent bien souvent juste quelques jours avant la sortie.

Ce que certains dénoncent comme une forme de nomadisme médico-social dont la définition ne se limiterait pas à la médecine générale, mais s'étendrait

à l'ensemble des dispositifs, serait favorisé par un manque de liaison entre les acteurs, au détriment de la santé des patients finalement. Un médecin généraliste d'une structure de première ligne constate les problèmes que pose ce nomadisme au travers du cas par exemple d'une « *crackeuse, qui a un problème cardiaque (...) suivie par un médecin généraliste, par une autre structure (...) On n'obtient rien avec elle parce qu'elle va d'un truc à l'autre* ».

Sur les trois sites, le manque de lien entre acteurs n'est pas systématique chez ceux que nous avons rencontrés. Lorsque cela fonctionne de façon satisfaisante aux yeux des acteurs, il s'agit plutôt de micro réseaux entre intervenants qui ont un lien interpersonnel/professionnel qui transcende les structures, ou bien de structures qui ont des accords de partenariat assez réguliers. Un médecin résume ce type de relation qu'aucun protocole ne peut prescrire : « *là, c'est presque 20 ans de collaboration. Et on n'a pas besoin de se réunir en réseau, le téléphone et deux décennies de boulot ensemble, suffisent* ».

Quoi qu'il en soit, dans un contexte où la concurrence est la règle implicite et le partenariat la règle officielle, les acteurs doivent trouver les moyens de rétablir des processus de continuité et de cohérence dans des prises en charge, pour des patients dont une des conséquences de leur addiction à la cocaïne est de produire de la discontinuité et de l'ambivalence dans les processus de soins.

## **DIFFICULTÉS POUR ORIENTER LES PATIENTS VERS DES SERVICES OU ÉTABLISSEMENTS DES SECTEURS SANITAIRES OU SOCIAUX**

### **Orienter des patients difficiles**

Au vu des points précédents, on se doute qu'orienter des patients cocaïnomanes n'est pas chose facile. Évidemment la plus grande difficulté concerne ceux qui concentrent problèmes de dépendance, de comorbidités psychiatriques et de précarité. Comme le résume un psychiatre parisien, les crackeurs, « *c'est très difficile à orienter, (...) à cause de cette présentation comportementale majeure, et le fait qu'ils ne demandent (...) pas du tout à arrêter le crack* ». Mais ceux qui veulent arrêter se trouvent souvent en butte à des représentations sociales excessivement péjoratives. Une psychiatre dans un CSST à Paris dont une partie des patients consomme du crack fait ce constat à propos de soignants qui refusaient de les accueillir : « *ils avaient une représentation du crackeur comme un sauvage, complètement non maîtrisable, des gens qui devaient faire péter la maison* ».

Dans la France hexagonale d'avant les traitements de substitution, le junky n'était pas le bienvenu dans de nombreux établissements des secteurs médicaux ou sociaux. À la Martinique, c'est le jumpy son équivalent social, consommateur de crack, qui suscite du rejet chez de nombreux professionnels. « *Il y a beaucoup de personnes qui ont peur des drogués et qui ne veulent pas s'en*

*occuper, ça leur fait peur et il y a vraiment une réticence de certains personnels.* » (Médecin, Martinique)

C'est le cas de médecins libéraux spécialistes, comme le remarque un cardiologue hospitalier qui adresse à ces confrères de ville des patients insérés qui ont fait un passage aux urgences pour un problème lié à l'usage de cocaïne. Ça se passe bien parce que *« c'est pas des patients trop à problème (...) Si on leur envoyait que des toxicomanes ! »*

Les patients insérés ne sont pas pour autant toujours faciles à adresser. Un addictologue parisien remarque que les maisons de convalescence *« ne veulent pas de «toxs» (...) si vous cherchez une maison de convalescence médicalisée pour un problème d'infarctus, les gens vont vous prendre, si vous dites cocaïne, ils ne vous prennent plus »*.

Cela se vérifie pour d'autres pathologies, à Paris, dans un service hospitalier d'orthopédie un soignant constate qu'un *« toxico qui a des problèmes orthopédiques et a besoin d'une rééducation derrière (l'hospitalisation), on va avoir un mal fou à lui trouver un centre de rééducation »*.

Craintes diverses, sur Paris, même pour trouver une place en hospitalisation pour un patient inséré consommateur de chlorhydrate, un médecin généraliste de ville a rencontré des problèmes.

*« Là, pour mon patient, j'avais cherché, ça n'avait pas l'air simple. Je n'ai pas eu de place (...) d'hospitalisation. (...) parce qu'il n'y a pas beaucoup de places, et comme c'est la cocaïne, aussi, ça fait peur aux hospitaliers, j'ai l'impression. Parce qu'ils ne veulent pas les mélanger avec d'autres, ils ont peur, qu'ils contaminent les autres qui sont là. »*

Mais il n'y a pas que le problème des représentations de certains acteurs. Ambivalence face aux soins, compulsivité, mode de vie des usagers sont des difficultés dans l'accès aux ressources sanitaires, sociales ou médico-sociales. D'abord, comme l'explique un intervenant d'une structure de première ligne, ce sont souvent des patients qui font des demandes de *« décroche »* en urgence, de façon soudaine et sans anticipation, compromettant sérieusement, dans l'état actuel du dispositif toute possibilité d'accueil.

Plusieurs intervenants de structures de première ligne ou de centres de soins, à Toulouse, à la Martinique ou à Paris, ont insisté sur le fait que pour que des orientations aboutissent avec certains de ces patients cumulant les difficultés, il est souvent préférable de les *« accompagner physiquement »*. *« Ils ne veulent pas aller, on leur donne des rendez-vous, ils ne sont pas là, on va les chercher 3, 4, 5 fois avant d'arriver à faire un truc, c'est quand même plus compliqué »* (CSST, Paris). Une ECIMUD parisienne a instauré une forme de priorité pour des patients adressés par des structures qui interviennent auprès d'usagers très désocialisés, afin de leur faciliter l'accès aux services de l'hôpital. *« Le patient a pris rendez-vous, et il vient à son rendez-vous tout seul ou accompagné par son assistante sociale ou son éducateur de rue. L'intérêt, dans le cas de figure d'un rendez-vous d'urgence, c'est que l'association a une priorité par rapport*

*à d'autres patients qui viennent en consultation externe. Alors on leur fait profiter du circuit de soin à l'intérieur, on accompagne les gens en ophtalmo pour le fond d'œil, pour ouvrir leurs droits, pour faire leurs papiers de sécurité sociale, et puis neuf fois sur dix, si le patient vient de lui-même de la rue à l'hôpital, il ne vient pas. »*

Ces démarches obligent l'usager à quitter les repères « rassurants » du microcosme connu où il vit, conscient des représentations dont il est l'objet à « l'extérieur » avec en mémoire ses expériences précédentes plus ou moins bonnes avec les professionnels : l'inertie est importante. Un médecin à la Martinique fait ce constat à propos des crackeurs qu'il soigne : *« j'essaye de les envoyer, de-ci de-là, sans aucun problème. Mais bon, ils ne veulent pas bouger de la Mangrove, c'est vraiment nous qui venons à eux. Et si on ne vient pas, ils "se laissent mourir" ».*

### **Où orienter pour les problèmes de dépendance à la cocaïne ?**

Les acteurs connaissent-ils des lieux pour adresser les patients pour leurs problèmes de dépendance ? Un psychiatre du secteur privé ignore *« si ça existe »*. Un médecin généraliste, d'un réseau de ville hôpital parisien, estime qu'il *« n'y a pas vraiment de gens très très spécialisés sur la question. Mais on a un service d'addictologie, on envoie là »*. Les CSST, les services hospitaliers d'addictologie restent des adresses, en dehors même de tout affichage spécifique sur les problèmes de cocaïne. Des cliniques privées plutôt discrètes sur la possibilité de séjours thérapeutiques pour des cocaïnomanes disposant de ressources économiques satisfaisantes, semblent aussi constituer des offres de soins en région parisienne. *« On travaille avec certaines (...) cliniques privées psychiatriques (...) certains établissements acceptent de prendre certains profils de consommateurs (...) au compte-gouttes, ils prennent un ou deux. (...) il faut avoir les contacts »* (Paris).

Et pour des publics hyper-insérés, il est toujours possible de mettre en place des séjours à l'étranger et même Outre-Atlantique. Un addictologue parisien *« travaille essentiellement avec une structure (...) à Montréal »*. Ce praticien recherche au-delà de l'éloignement, la compétence, la continuité et la cohérence entre les prises en charge : *« qu'un protocole de suivi médicamenteux et psychologique soit continué dans des conditions, on va dire, de protection environnementale. »*

Pour le public moins favorisé, voire très précaire, certains CSST avec hébergement (centre de post-cure, famille d'accueil, appartement thérapeutique) prennent en charge ce type de patients. La difficulté réside alors dans les conditions d'orientation, c'est-à-dire la confiance entre équipes qui permet la souplesse nécessaire à la mise en place de ce type de séjour.

Pour les acteurs non spécialisés, il n'y a pas toujours une bonne connaissance des structures qui pourraient s'occuper de ce type de patients. Souvent, la

connaissance ne dépasse pas un cercle plus ou moins restreint de collègues. Parfois très restreint : « *c'est vrai qu'à part les compagnons de l'hôpital, spontanément, je ne peux pas te donner le nom d'une association ou d'un truc qui pourrait les prendre en charge* », reconnaît un urgentiste à Toulouse.

Dans un autre registre, l'hébergement des usagers précaires reste une préoccupation. À Paris, par exemple, les acteurs sont nombreux à dire que le *sleep in* reste, malgré les problèmes qui découlent des modes de vie et les états sanitaires et sociaux des usagers qu'il accueille, un lieu indispensable. Mais ce type d'initiative est peu fréquent. Toutefois chaque site enquêté possède, sous des formes différentes, un type d'offre d'accueil de nuit. Pour certains acteurs interrogés, les CHRS sont réticents à accueillir une population pour laquelle ils ne se pensent pas destinés. Les problèmes de logement ont ambolisé les structures de réinsertion qui, face à la pénurie d'offre, ont souvent recentré la leur sur des publics moins en difficulté. Un intervenant de première ligne parisien déplore cette situation : « *Nous manquons affreusement d'hébergement* ».

L'accueil social avec hébergement se complique lorsqu'il s'agit de mères précaires consommatrices de cocaïne et notamment de cocaïne base. Certaines structures anticipent les « *comportements difficiles* » qui font la réputation des crackeuses. Une assistante sociale d'une maternité parisienne régulièrement confrontée à ces situations explique que « *les centres maternels, (...) accueillent les femmes enceintes avec les enfants jusqu'à l'âge de trois ans, (...) c'est toutes les femmes isolées, en situations précaires, qui ont plus ou moins besoin d'un accompagnement autour de la relation (...) il en existe pas mal sur Paris, on a en fait, beaucoup de difficultés à accueillir les femmes qui sont en situation d'addiction, parce que c'est compliqué* ». Il y a effectivement de la place en théorie pour un public précaire, mais à condition qu'il n'y ait pas de crack. Cette situation n'est pas sans rappeler les premiers temps des accueils de mères héroïnomanes avec enfant, où il fallut beaucoup de patience, de persuasion de la part des intervenants spécialisés et un travail en étroite collaboration avec les structures de prise en charge sociale et maternelle pour qu'elles acceptent ce type de projet.

Enfin, trouver une solution d'hospitalisation contrainte lorsque les problèmes psychiatriques sont trop prégnants constitue, sur les trois sites, une difficulté pour les acteurs interrogés. Les troubles psychiatriques que présentent certains patients impliquent la possibilité de pouvoir réaliser des hospitalisations spécialisées, or ce n'est pas toujours possible. Un psychiatre addictologue de Fort-de-France explique qu'il y a « *des problèmes psychiatriques aigus, il y a des troubles du comportement aigus, (où) on a besoin d'un CHS qui puisse recevoir les gens en HDT, éventuellement en HO, et puis à partir de la crise et de l'hospitalisation (...) réintégrer les gens dans un circuit de soins* ». À Paris, dans les zones de diffusion de crack, ce problème est récurrent. « *C'est toute la complication. Dans les patients que j'ai, j'ai une proportion de psychotiques qui est de plus en plus importante. (...) Il y en a quand même (...) où ce serait vraiment néces-*

saire », constate un généraliste d'une structure de première ligne. Cette difficulté à mettre en place une hospitalisation contrainte se pose même dans les CSST qui bénéficient d'un temps de travail de psychiatre, comme ici où « *on a un psychiatre, mais qui a des difficultés incroyables d'hospitaliser aussi* ».

Un médecin généraliste martiniquais est aussi en difficulté dans ces situations critiques où seule l'hospitalisation contrainte apparaît comme une solution : « *Nous sommes aussi confrontés en pratique (...) quand il y a une crise, une urgence. C'est placement d'office, quand il y a de la place, quand le policier de la commune veut bien, faut voir la galère que c'est* ».

Pour parer à ces difficultés, les structures essaient de mettre en place des relais, des partenariats, un travail en réseau, qui permettent un accès aux soins pour ces publics. Compte tenu de la difficulté d'accès, la diversité, lorsqu'elle est possible peut s'avérer précieuse. Cette structure parisienne par exemple « *a plusieurs correspondants, (...) à plusieurs structures* », qu'elle essaie de faire fonctionner « *en fonction des disponibilités, (...) de ce que veut le patient* ».

C'est un problème à double entrée auquel se confronte celui qui oriente un patient usager de cocaïne : car il s'agit parfois d'adresser à des soignants qui ont des réticences à les accueillir des patients qui sont eux-mêmes très ambivalents pour y aller.

## DISCUSSION

### À propos de la possibilité d'hospitaliser des cocaïnomanes pris dans des consommations compulsives et intensives

Une question importante découle des observations des acteurs : les usagers dépendants arrivent souvent en crise et demandent en urgence un endroit pour se « *sortir* » de l'état dans lequel ils se trouvent. L'hospitalisation pourrait être une réponse possible, mais l'est rarement, peu de structures hospitalisent pour abus d'usage de cocaïne chez le sujet dépendant, et le peu qui acceptent ne le fait probablement que de façon exceptionnelle.

En dehors de ceux, qui, par préjugés, ne veulent pas entendre parler de ce type de patient, certains hospitaliers estiment que la dimension compulsive rend peut-être vaine ce type de réponse. Un psychiatre d'une ECIMUD se « *demande si la création d'unités spécialisées d'hospitalisations spécifiques aux crackeurs, ne va pas demander un effort considérable pour un résultat qui ne sera finalement pas, à terme, efficace* ». D'autres spécialistes au contraire, pensent qu'il serait nécessaire de pouvoir disposer de quelques places, pas seulement pour les crackeurs, mais pour l'ensemble des dépendances majeures à la cocaïne. « *Il me semble qu'en matière de cocaïne, on a quand même besoin, en priorité, je ne sais pas comment les appeler... de mises au vert immédiates, on n'a pas nécessairement besoin tout de suite de 500 places, même de 200. Mais on aurait besoin d'une ou deux structures, qui aient confiance en nous, et à qui on puisse*

téléphoner en disant “voilà, je suis avec monsieur machin, qui est en plein craving de cocaïne, il faudrait qu’on vous l’envoie tout de suite “. “OK on vous connaît, on sait que vous travaillez”... » On discerne en filigrane de cette proposition qu’il s’agirait d’unités qui travailleraient en réseau avec les autres acteurs déjà engagés dans un accompagnement.

À Paris, il y a quelques années, un addictologue avait expérimenté dans un service d’un hôpital public, d’hospitaliser des patients dans ce type de situation. « À l’époque (...) il avait tout à fait accepté l’idée que les craving de cocaïne, c’était une urgence et il prenait, il essayait de prendre les patients vraiment le plus vite possible, bon avec en même temps cette difficulté redoutable qui était que comme la structure n’était pas du tout faite pour ça, dès qu’il y avait deux ou trois crackeurs en même temps, heu, bon ben (...) il se passait ce qu’il se passait. » Pour autant, cela ne signifie pas que l’hospitalisation de patient en « crise » avec leur consommation de cocaïne ne puisse pas, selon des indications délimitées, et dans certaines conditions, s’avérer possible ou utile. À Toulouse, un service de médecine interne hospitalise depuis longtemps des patients en sortie d’épisode compulsif, sans que cela pose des problèmes majeurs. Et à Paris, aussi quelques services permettent aussi ce type de possibilités. Il va de soi que le cadre de l’hospitalisation et la formation du personnel doivent être adaptés. Comme le fait remarquer un psychiatre d’un CHS à Paris, le manque de formation des personnels sur les problèmes d’addiction à la cocaïne et l’articulation aux problèmes de comorbidité est une difficulté, et « ça ne sert à rien de foutre un type polytoxicomane ici avec des gens qui ne sont pas spécifiquement formés ».

Cela ne règle pas pour autant l’interrogation sur l’efficacité de ce type de dispositif dans une finalité plus globale du traitement de l’addiction à la cocaïne. La question de l’efficacité ne peut s’évaluer qu’à partir des objectifs que l’on se fixe. Et apparemment, les tenants et les opposants à ce type de dispositif ne situent pas sur le même plan les finalités de cette réponse. Il est en effet très différent d’envisager l’hospitalisation comme un sevrage en vue d’un arrêt, aussi hypothétique que définitif, ou comme une étape du parcours du patient dans sa recherche de solution.

### **QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS QU’ILS RENCONTRENT DANS LES INTERVENTIONS MENÉES AUPRÈS DES USAGERS ? POINTS CLÉS DE L’ENQUÊTE :**

- La compulsivité qui modifie sans cesse la chronologie des besoins est une des spécificités majeures de l’addiction à la cocaïne. Par conséquent, la capacité d’adaptation dans la mise en œuvre des réponses est centrale dans l’intervention.
- La diversité des profils sociaux parmi les consommateurs de cocaïne, interroge la mixité de l’accueil dans les structures. L’accueil de populations très

marginalisées aurait tendance à écarter les publics plus socialement insérés.

■ Si pour les services de l'hôpital, la question des troubles psychiatriques peut trouver des réponses auprès des ECIMUD ou de la psychiatrie, face aux problématiques sociales, ces services sont démunis.

■ Les patients consommateurs de cocaïne bénéficiant d'une insertion sociale et professionnelle de bonne qualité peuvent aussi poser des problèmes pour la mise en œuvre de réponses, et notamment pour mettre en place des hospitalisations ou des prises en charge de moyens séjours pour les problèmes d'addiction. Les obligations professionnelles peuvent être prioritaires sur le suivi du traitement.

■ Pour les acteurs non spécialisés en addictologie, il n'y a pas toujours une bonne connaissance des structures qui pourraient s'occuper de ce type de patients.

■ De façon générale, les patients usagers de drogues restent encore difficiles à orienter du fait des représentations négatives qui leur sont associées, d'autant plus, lorsqu'il s'agit d'usagers précarisés.

1. Pommier F., Toxicomanie, Psychiatrie, Sida, Rapport DGS, 1995.
2. Circulaire DGS/DH n° 96/239 du 3 avril 1996.

## COMMENT LES USAGERS EN DEMANDE DE SOINS DÉFINISSENT-ILS LES PROBLÈMES À L'ORIGINE DE LEUR DEMANDE ?

### **POUR QUELS PROBLÈMES LES USAGERS ONT-ILS DEMANDÉ DES SOINS SPÉCIALISÉS ?**

*Sur les 37 usagers interrogés ayant rencontré un problème de santé qui d'après eux est en lien avec l'usage de cocaïne, seulement 14 ont engagé une démarche de soin pour leurs problématiques d'usage. De ces 14 entretiens, nous analyserons les matériaux pour décrire les problèmes qui ont motivé une demande.*

Il est difficile de conclure sur le fait que seulement 14 des usagers sur les 37 interrogés ont engagé des démarches de soins, alors que le critère de recrutement implique que tous pensent avoir eu un ou plusieurs problèmes causés par leurs usages de cocaïne. Comme nous l'avons vu avec les professionnels, l'identification d'un problème en lien avec la cocaïne ne conduit pas forcément l'utilisateur à demander des soins pour sa consommation.

Six usagers sur les 10 interrogés à Toulouse ont été recrutés à partir de centre de soins. Ce qui n'est pas le cas sur Paris (1 sur 20) ou la Martinique (1 sur 7). Au total ce sont donc 8 usagers sur les 37 qui ont été recrutés à partir de lieux de soins.

De fait, 25 usagers sur les 37 (68 %) consommaient le plus souvent la forme base de la cocaïne. Et parmi eux 15 ont été recrutés à partir de lieux de première ligne implantés en zone de diffusion du crack (9 à Paris et 6 en Martinique). Si cela peut paraître beaucoup, il faut considérer que les 10 autres dont le produit principal est aussi la cocaïne base ont été recrutés par la méthode dite « boule-de-neige » ou à partir de centres de soins spécialisés à Paris ou à Toulouse. Si l'on ne peut pas dire que la consommation de cocaïne base soit plus fréquemment corrélée au fait de se considérer comme ayant eu un problème en lien avec cette consommation, il semble que lorsque l'on cherche des consumma-

teurs de cocaïne qui se reconnaissent un problème quel qu'il soit, on rencontre plus facilement des consommateurs de cocaïne base.

En revanche, cette surreprésentation des consommateurs de cocaïne base ne se retrouve pas parmi les usagers en centres soins<sup>1</sup>. Car si 25 sur les 37 sont principalement consommateurs de cocaïne base, seulement un peu plus d'un tiers parmi eux ont été demandeurs de soins. Alors que parmi les 12 consommateurs de chlorhydrate, presque la moitié a demandé des soins. Si la forme base semble poser plus de problèmes, les usagers en soin semblent plus fréquemment consommateurs de chlorhydrate. Le recrutement ne semble pas en cause puisque seulement 2, un à Paris et un à Toulouse des consommateurs de chlorhydrate ont été recrutés en centres de soins.

Si on examine les particularités de ces usagers, on retrouve des caractéristiques constantes. Ainsi les 5 consommateurs de cocaïne chlorhydrate en soins, étaient tous pharmacodépendants aux opiacés, injecteurs, et bénéficiant d'un médicament de substitution. En outre, 4 sur les 5 ont fait un surdosage de cocaïne qui en conduisit un aux urgences, point de départ de la démarche ; pour les 3 autres, il est difficile de faire un lien entre le surdosage et la demande de soin qui de toute façon était déjà engagée pour les problèmes en lien avec les opiacés.

Un usager parisien qui injecte de la cocaïne et de l'héroïne illustre parfaitement cette logique où la polyconsommation opiacés/stimulants interfère dans la demande de soin. Il est consommateur addictif d'héroïne et de cocaïne, il est traité pour sa dépendance aux opiacés par Subutex® dans un CSST. Alors qu'il est dans une phase de consommation intense et compulsive de cocaïne, il va faire un accident de surdosage. Il prend contact avec son CSST pour demander de l'aide, mais il ne trouve pas de réponse qui le satisfasse. « *Après cette expérience-là, j'appelais au secours de partout (...), j'ai appelé un pote généraliste, j'ai téléphoné au directeur du premier CCST qui s'occupait de moi, on s'est bien frotté au téléphone, à 11 heures du soir. (...) Parce qu'il m'a envoyé chier, il m'a dit que c'était des conneries, enfin bon.* » La consommation de cocaïne est envisagée comme une interférence dans le traitement de la dépendance à l'héroïne. Considérer la consommation de cocaïne comme un agent perturbateur du soin et non un problème en soi, crée un décalage avec l'utilisateur pour qui, lors d'un épisode de consommation compulsive et intense, c'est le problème qui occupe toute la place.

Dans ce moment où le sujet traverse une crise importante avec la cocaïne, ce sont à la fois des demandes tous azimuts, mais dans des formes qui sont difficiles à recevoir du fait de leur caractère urgent et paroxystique. Ce sont aussi des situations « critiques » qui alertent l'entourage et le mobilisent parfois dans la recherche de réponses pour l'utilisateur. Dans ces moments, l'entourage

1. Nous considérons ici seulement les usagers qui bénéficient d'un accompagnement dans un CSST ou un service hospitalier d'addictologie, groupe que nous distinguons des usagers ne bénéficiant que d'une simple prescription d'un MSO en médecine générale.

familial, amical, professionnel, peut jouer un rôle pour favoriser l'accès aux soins. Pour ce consommateur, c'est « *une copine qui travaille dans le monde associatif de la RDR<sup>2</sup> et de la prévention de la toxicomanie (...) le shoot a été tellement fort donc, je l'ai appelée au secours cette personne. Elle m'a fait rencontrer quelqu'un qui m'a donné quelques fioles de méthadone pour changer de substitution et tout ça m'a amené à aller dans un autre centre de soin (...) à partir de là, j'ai été substitué à la méthadone, ce qui m'a fait pas mal de bien, pour différentes raisons, ça m'a calmé, j'ai re-consommé deux fois de la cocaïne suite à ça, c'est tout.* ».

Ici, une réponse en urgence face à la situation de crise a permis d'engager une nouvelle rencontre avec un centre de soins. Une autre lecture du rapport opiacé-cocaïne, où ce n'est plus la cocaïne qui perturbe le soin, mais l'opiacé qui vient répondre à la cocaïne par sa fonction d'apaisement, a débouché sur un changement de MSO qui s'avéra finalement positif pour le patient<sup>3</sup>. Dans l'entretien, le patient explique clairement la demande qu'il avait à ce moment-là, il s'agit d'une demande d'apaisement pour pouvoir ressaisir le fil de sa vie complètement déstructuré par la compulsion et les épisodes de consommation intense avec tout leur cortège de conséquences sanitaires et sociales.

Plusieurs usagers en lien avec un dispositif de soins, ayant rencontré un problème avec leur consommation de cocaïne n'ont pas interpellé les soignants à ce propos. Les raisons qui ont conduit ces usagers à ne pas interpellier les dispositifs de soins avec lesquels pourtant ils sont en contact sont diverses. D'abord, l'absence de réponse identifiée : il n'existe pas de « *substitution* », ou de « *traitement* » spécifiques pour la cocaïne. Ensuite, dans la mesure où ils bénéficient d'un MSO, il leur paraît difficile de parler des consommations de cocaïne : « *Le médecin vient pour prescrire de la méthadone, donc interdire les usages de cocaïne ou autres produits, donc je ne pense pas que ça facilite le dialogue avec l'usager (...) il est là pour une prescription et pas pour entendre les problèmes qu'on a pu avoir avec des injections de cocaïne. (rire).* » (Homme, injection, Paris).

Les complications liées à l'injection sont un autre type de cas qui peut motiver une demande d'aide aux acteurs spécialisés. Sur les quelques cas que nous avons rencontrés, le problème en lien avec la cocaïne n'est jamais l'addiction elle-même, mais toujours une conséquence de l'usage, plutôt accidentelle (surdosage) ou en lien avec les problèmes d'injection. De plus, souvent le problème n'est pas directement invoqué par l'usager comme à l'origine du soin. Ainsi, un usager présentant une très forte dépendance psychique à la cocaïne, lorsqu'il s'adresse à un médecin généraliste n'explique pas réellement le

2. Réduction des risques.

3. Une autre lecture à partir du point de vue soignants pourrait considérer que le patient a finalement obtenu le produit qu'il voulait (la méthadone) par une pratique de nomadisme médical et que le second CSST aurait du renvoyer le patient dans le premier centre.

problème qu'il a : « *Euh, non, avec la coke, non ! J'ai dit que j'en prenais mais sans plus quoi. (...) il me soignait pour l'héroïne* ».

Même dans le cas, où le départ en postcure fait suite à une hospitalisation pour un infarctus, l'utilisateur mettra en avant sa dépendance aux opiacés comme motif des soins. Dans cette double problématique opiacés et cocaïne, si les premiers introduisent les soins sous forme de MSO, ils sont aussi pour l'utilisateur un obstacle pour aborder les problèmes qu'il rencontre avec la cocaïne.

D'ailleurs, le fait d'être hospitalisé à la suite d'un épisode intensif de consommation, quel que soit le problème qui prédomine dans le tableau clinique (psychiatrique, somatique, perte de contrôle de la consommation), ne préjuge en rien d'une éventuelle démarche de soin spécialisé, car il faut une certaine motivation pour vouloir arrêter ou du moins modifier sa consommation. En dehors, de ce désir de changement, les conséquences négatives à la consommation sont des conditions souvent nécessaires, mais pas toujours suffisantes pour formuler une demande de soin spécialisé. Un homme de 29 ans, interrogé à Toulouse explique : « *pendant longtemps, j'ai été des fois hospitalisé, tout ça, mais ça me convenait comme ça, je n'avais pas envie d'arrêter. J'étais content de prendre de la drogue, je savais les problèmes que ça engendrait, mais je faisais avec. Bon après, sur le coup des 25 ans, là j'ai dit qu'il fallait que je fasse quelque chose, quoi, donc là j'ai commencé à prendre des rendez-vous, de moi-même, dans les centres, parce que sinon après une hospitalisation, ils me faisaient venir ici (service d'addictologie), prendre un rendez-vous, je prenais un rendez-vous (...) et ciao* ».

## **PERCEPTIONS DES USAGERS SUR LES PROBLÈMES D'ORDRE PSYCHIATRIQUE INDUITS PAR LA COCAÏNE**

*Les usagers rencontrés ont mentionné différents problèmes d'ordre « psychique » qui correspondent à ce que les acteurs sanitaires ont décrit dans la catégorie « problèmes psychiatriques » en lien avec l'usage de cocaïne.*

La plupart des troubles sont identifiés par les consommateurs comme plus ou moins directement imputables à la consommation de cocaïne. De la même manière que les professionnels ont distingué les troubles de la personnalité aggravés par l'usage et ceux induits par la consommation elle-même, nous retrouvons parmi les consommateurs interrogés cette même distinction. Pour l'essentiel, les troubles décrits sont ceux induits, toutefois parmi les usagers de crack à Paris et à la Martinique, quelques personnes ont une présentation qui évoque des profils psychopathologiques graves et notamment une femme qui fait état de troubles sévères de la personnalité antérieurs à sa consommation. Dans ces situations, la cocaïne n'est pas le seul facteur aggravant, le mode de vie déstructuré par la compulsion, la précarité, l'errance, semblent renforcer pour certains sujets un rapport délirant à la réalité.

Les crises d'angoisse, troubles de l'humeur et la « *dépression* » qui suivent la consommation sont mentionnés par plusieurs consommateurs rencontrés. La descente est un moment redouté pour ses conséquences « *psychiques* ». Un consommateur qui a un certain recul vis-à-vis de sa consommation résume la situation ainsi : « *Quand tu as de la super coke, tu te fais un shoot, t'es défoncé pendant une heure ! Tu vois, une heure, c'était le bout du monde ! C'était l'éternité quoi ! Une heure de flash quoi ! Wouah... Bon... une heure, ça fait quand même un vingt-quatrième de la journée, c'est pas beaucoup ! (...) Et puis après, tu as trois heures de descente hard !* ».

Un usager parisien, fumeur de free base, évoque dans les problèmes qu'il a rencontrés, ce qu'il amalgame dans un ensemble de « *troubles psychiques* » lié à la « *descente* » : « *Des sautes d'humeur, pétages de plombs, ce que j'appelle pétage de plombs, c'est vraiment bad trip, (...), c'est genre, d'un coup, tu es au plus bas, tout va mal.* »

Le temps de cette « *dépression* » qui suit la consommation est défini de façon variable. Pour certains usagers, cette « *dépression* » est liée à la « *descente* » proprement dite, c'est-à-dire que cela ne concerne que les symptômes qui surviennent immédiatement au terme de la dernière consommation. Alors que pour d'autres, ces troubles dépressifs peuvent se prolonger durant plusieurs jours jusqu'à la prochaine consommation.

Ce moment de « *déprime* » post épisode intensif de consommation est considéré comme « *normal* » et doit « *être géré* ». Sa prolongation est en général attribuée à la personnalité du consommateur. Ainsi, un consommateur parisien « *regrette* » finalement de ne pas être trop en difficulté pour gérer ce moment-là. En effet, explique-t-il, « *Je ne suis pas très dépressif, les petits coups de cafards de la redescente, je pense normaux, j'arrive très bien à gérer en fait* ». Il pense que s'il avait plus de problèmes dans les moments de « *descente* », cela le conduirait peut-être à modifier ses consommations.

Les crises de « *parano* » sont un autre aspect problématique de la consommation de cocaïne mis en avant par les usagers. Un usager consommateur de cocaïne chlorhydrate par voie nasale ou de base fumée qui fréquente l'espace festif alternatif, rencontré à Paris, explique ce qu'il appelle les bad trips. « *De l'anxiété, tu es dans un état, où (...) au moindre bruit, tu sursoutes un peu, tu es aux aguets de quoi qu'il se passe, tu es poussé à la paranoïa un peu ; moi, je suis quelqu'un de très jaloux et de très possessif, donc si ma meuf parle à quelqu'un à ce moment-là, pendant que je suis en trop-plein de coke, c'est mort, ça fusionne dans ma tête, mais je ne te raconte même pas comment, je fonce sur les gars, alors que rien du tout.* »

Un injecteur de cocaïne parisien qui a fait un infarctus, considère que les phénomènes de « *parano* » qui apparaissent avec le temps font partie des problèmes importants en lien avec l'usage de cocaïne. « *Pour moi, (...) les plus gros incidents c'est sur la durée. C'est-à-dire, c'est parano, méfiance de l'autre, troubles du comportement pour résumer la chose.* »

Les usagers rencontrés décrivent des hallucinations dues à la consommation de cocaïne, pas toujours, les fameuses « bêtes », mais comme pour un usager parisien ça peut être le niveau du sol qui rejoint celui du 8ème étage par exemple. Ici, l'état hallucinatoire est directement imputé à la cocaïne. La question des hallucinations n'est pas toujours identifiée comme un effet direct, mais plus comme le résultat d'un déficit de sommeil lié à des épisodes de consommation intensifs. Un usager toulousain qui, selon les périodes de sa vie a sniffé, fumé ou injecté explique : « *quand on prend de la coke, on passe plusieurs jours sans dormir, et après, bon, ce n'est pas la coke qui fait ça, mais c'est le corps humain, quand il a passé plusieurs jours sans dormir, le cerveau il commence à se créer des films, donc il m'est arrivé au bout de 3-4 jours (...) d'être chez moi tranquillement et de parler avec mon chef, et qu'au bout de 4 ou 5 heures de m'apercevoir que c'était le fauteuil avec qui je parlais* ».

Certains usagers de crack rencontrés nous ont parlé d'hallucinations de type tactile ou cénesthésique qu'ils ont pu observer chez d'autres consommateurs. Ainsi, cette consommatrice de crack à Paris a vu « *des gens quand ils fument ils vont aller se gratter le visage (...) ça, c'est peut-être un délire qu'ils ont dans leur truc, pendant leur session. (...) je crois que ça vient des hallucinations. (...) Il y en a à qui ça arrive, ouais. Comme il y en a qui se déshabillent, qui se mettent à poil dans la rue, ou qui se mettent à courir...* »

Il y a, dans l'ensemble du matériau recueilli une congruence entre les descriptions des acteurs de santé et celles des consommateurs en ce qui concerne les problèmes psychiatriques liés à l'usage, l'abus ou la dépendance à la cocaïne. Cet ensemble de problèmes d'ordre psychique est, avec le craving que l'on peut y associer, la catégorie de troubles perçue comme la plus préoccupante par les usagers rencontrés dans l'enquête.

## **DIFFÉRENTS PROBLÈMES SOMATIQUES DÉCRITS PAR LES USAGERS**

Comme pour les problèmes psychiatriques, les problèmes d'ordre somatiques décrits par les acteurs de santé se retrouvent dans le discours des usagers. Parmi les usagers rencontrés, des problèmes cardiaques, cardiovasculaires, vasculaires cérébraux ont été mentionnés, ainsi que des complications liées aux modes d'administration, comme des problèmes pulmonaires chez des fumeurs de base, des abcès liés à l'injection et des problèmes mineurs pour la voie nasale. Des problèmes de traumatologie consécutifs à la violence ou à des accidents ont été aussi évoqués. Enfin des problèmes digestifs sont décrits, notamment à la Martinique.

### **Surdosages et problèmes cardiaques**

Les usagers rencontrés ont, de façon générale, bien identifié que la cocaïne a une « *action sur le cœur* ». De multiples symptômes localisés au niveau thora-

cique nous ont été décrits du simple « *picotement au cœur* », à la douleur thoracique qui s'avère parfois être celle d'un infarctus. L'hypertension artérielle est évoquée, qui intervient de façon ponctuelle à l'occasion d'un surdosage comme pour cet injecteur parisien : « *les pompiers, ils m'ont pris la tension ; ils ont vu que j'avais une tension, pas possible – je sais plus combien j'avais... 21 ou 22 de tension...* » ; ou de façon chronique, à l'instar de ce fumeur de crack martiniquais pour qui la tension artérielle élevée est le premier problème en lien à l'usage de cocaïne qui lui vient à l'esprit lorsqu'on l'interroge.

Plusieurs cas de surdosage ayant conduit à des défaillances cardiaques ont été décrits par les usagers rencontrés. Il s'agit essentiellement d'injecteurs, sauf une overdose mortelle par voie nasale qui nous a été décrite chez un sujet obèse de 49 ans lors d'une soirée en appartement à Paris. L'overdose par injection se comprend aisément dans la mesure où les quantités administrables par IV<sup>4</sup> sont plus importantes que ce qu'un sujet peut assimiler en une seule prise nasale ou par inhalation. Ainsi, l'intervalle entre un taux plasmatique inférieur au seuil générateur de signes qui invitent le consommateur à lever le pied et celui où le sujet est en risque cardiaque, peut se franchir brutalement en une seule prise par injection, alors que pour les deux autres modalités (sniff, fumée), il faudra plusieurs prises laissant au consommateur le temps d'identifier des symptômes inquiétants et ainsi suspendre sa consommation s'il le souhaite. D'ailleurs, parmi les usagers qui au cours de leur carrière ont expérimenté tous les modes d'administration, les surdosages interviennent la plupart du temps avec l'injection. Un cas de rupture d'anévrisme chez une patiente fragilisée sur le plan cardiovasculaire a été décrit sur une session de base fumée où la consommation était d'un niveau important<sup>5</sup>, tous les autres accidents de surdosages se sont produits par injection. Ainsi cette consommatrice toulousaine qui a utilisé toutes les trois voies d'administration pense que les problèmes d'overdose avec la cocaïne « *y'a qu'en injection* ». De plus, il semble que l'effet subjectif lié à l'injection (flash) ne permet pas à l'usager d'avoir conscience du taux plasmatique circulant de cocaïne. L'usager peut penser qu'il n'a pas beaucoup de cocaïne en circulation dans le sang, du fait qu'il ne ressent pas ou plus l'effet attendu, ce qui l'amène à multiplier les injections ou à augmenter la dose qu'il s'administre. Cette accumulation de produit dans le sang peut alors provoquer un trouble au niveau du muscle cardiaque ou au niveau vasculaire. Un usager explique ce phénomène de la manière suivante : « *la montée donc, elle cache la persistance de la cocaïne de l'organisme. Donc à chaque fois il y a une montée, le taux de cocaïne augmente augmente augmente et au quatrième ou au cinquième pet, tu es blindé et tu meurs !* ». Nous avons plusieurs descriptions qui vont dans ce sens.

4. Intraveineuse.

5. Des cas d'infarctus et d'overdose chez des fumeurs de crack ont été mentionnés dans l'enquête des urgences de Pointe-à-Pitre, Ragoucy-Sengler, op cite.

« Depuis 2 jours, je m'injectais, je commençais à être fébrile... (...) J'avais dormi un petit peu la nuit d'avant, (...) j'avais été racheter 2 ou 3 jours de suite (...) Je me suis shooté dans la carotide parce que je ne trouvais plus mes veines, tout simplement et que j'étais très très pressé que ça monte, ça dépassait complètement ma raison, d'un seul coup, je me suis dit : «tiens, là c'est facile, vas-y fais-le» et paf, je l'ai fait. C'est comme une vague, comme une déferlante qui m'a amené à faire ce geste alors que ma raison savait que c'était hyper dangereux. (...) Je risquais de claquer, ouais. (...) j'ai pas eu le temps d'aller jusqu'au bout. (...) J'ai injecté, j'ai vu le sang arriver hyper vite dans la seringue, j'ai injecté les 2/3 assez vite, et puis là, c'est parti en vrille, la seringue, elle a giclé dans un coin et moi par terre ».

Plusieurs personnes ont aussi décrit des surdosages en une seule injection. Comme cet usager parisien qui a sous-estimé la teneur en cocaïne du produit qu'il s'est injecté. « J'ai rencontré quelqu'un dans le 13ème qui m'a dit : «(...) on revient d'Amérique du Sud, j'ai un peu de cocaïne et vas-y goûte, tu vas pas regretter». Et j'ai eu le malheur de vouloir la shooter, j'étais dans un appartement, je l'ai shootée. Je me suis mis à suer comme un robinet, mais vraiment, (...) Je me sentais claustrophobe, enrhumé, pas bien, (...) Les symptômes s'aggravaient : accélération du cœur, du mal à respirer, sensation d'avoir quelqu'un qui vous appuie un point très fort sur le cœur... je suis sorti. (...) J'ai flippé, j'étais vraiment en panique. Ce soir-là, pour moi, je mourais. (...) Et là, c'est comme si on me fauchait d'un coup, plus de souvenir, je me suis réveillé à l'hôpital, on m'a dit que j'avais fait un début d'infarctus ».

### **Accidents cérébraux vasculaires chez des usagers présentant une anomalie cardiaque**

Avec l'expérience, les usagers ont acquis une connaissance de l'overdose de cocaïne. Une certaine prudence s'installe, notamment chez les injecteurs. Mais si les problèmes cardiaques sont plus ou moins bien identifiés, il n'en va pas de même pour les problèmes vasculaires cérébraux. De fait, nous avons eu moins de témoignages directs ou indirects. On peut se demander si certains accidents ne sont pas passés inaperçus ou n'ont pas été diagnostiqués. Quoi qu'il en soit, au final deux femmes consommatrices ont eu des accidents vasculaires cérébraux, soit en fumant, soit en injectant de la cocaïne. Dans les deux cas, ces femmes étaient porteuses de valves cardiaques artificielles (tricuspide et mitrale).

Ainsi une femme de 37 ans consommatrice d'héroïne et de cocaïne a utilisé la cocaïne à différentes périodes de sa vie. Atteinte d'une malformation cardiaque, elle dut à plusieurs reprises subir des interventions chirurgicales pour mettre en place une valve artificielle. Injectrice, elle a fait des septicémies et des endocardites à plusieurs reprises dont certaines endommagèrent cette valve. Après un épisode d'arrêt de la cocaïne et de l'héroïne, alors qu'elle est

sous méthadone, elle doit subir à nouveau une intervention chirurgicale assez grave. Angoissée par cette perspective, elle va repartir dans une consommation importante. *« Avant l'opération, j'étais tellement sûre de ne pas m'en sortir que j'ai repris la cocaïne. (...) parce que pour moi, (...) j'allais mourir sur la table d'opération, quoi. C'était sûr et certain. Alors pourquoi j'ai accepté l'opération, parce que j'étais en train de faire AVC sur AVC. J'ai fait 3 AVC, je me suis dit, bon, au troisième, quatrième, j'arrête ».*

Une autre femme, porteuse d'une valve mitrale artificielle endommagée par un staphylocoque doré a fait une rupture d'anévrisme à la suite d'une importante session de consommation de base fumée. Après un coma d'une quinzaine de jours, elle récupérera la totalité de ses facultés. *« Je basais et apparemment ça a décroché un bout de valve qui s'est collé... au niveau de mon cerveau (...) et donc j'ai fait un anévrisme, (...) et apparemment quand même, c'était l'intensité le cœur tout ça, ça a dû faire bouger au niveau de la valve et ça a dû décrocher donc peut-être que si j'avais pas fumé de la coke... (...) Déjà j'avais une valve qui était esquinlée (...) J'aurais pas pensé d'ailleurs que ça se décroche. Comme quoi, des fois... Mais je pense quand même que la coke, même si on croit pas, ça fait bien speeder le cœur hein ! »*

### Convulsions et surdosages de cocaïne

Les convulsions sont mentionnées par les usagers. Une consommatrice à Toulouse qui a fait à plusieurs reprises des convulsions lors de surdosages principalement en injection, décrit ce type de malaise : *« je savais pas où j'étais et la personne qui était avec moi pour essayer de m'aider qui avait vu que j'étais en OD<sup>102</sup>, je la reconnaissais pas j'avais l'impression qu'elle voulait m'agresser (...) Et y a bien un quart d'heure, le temps que le cerveau revienne et qu'on commence à réaliser qu'on est chez soi, (...) y'a un moment où on reconnaît plus rien. Ni l'endroit ni les personnes. (...) et apparemment c'est des convulsions. On se tape la tête contre les murs, les yeux à l'envers, et quand on se réveille, beaucoup d'angoisse, un peu de parano... ».*

Un usager injecteur parisien a aussi, à l'occasion d'un surdosage, fait ce qu'il appelle une crise d'épilepsie : *« je me suis effondré et j'ai perdu connaissance en tombant directement sur place. J'avais juste une serviette autour de la taille, je me retrouvais nu et étendu par terre. Je me sentais en train de bouger, et j'avais une agitation, comme une crise d'épilepsie, d'après ce que j'avais pu en voir. Ce que je sais, c'est ce qu'on m'a raconté, parce que je n'avais pas conscience de ce que je faisais à ce moment-là, je m'agitais dans tous les sens, je lançais mes bras et mes jambes de tous côtés. ».*

---

6. Overdose.

## Cocaïne base fumée et problèmes pulmonaires

Les problèmes pulmonaires graves sont rarement décrits par les usagers. Certains fumeurs de crack se plaignent d'essoufflements, mais la cause peut aussi se mêler à des problèmes cardiovasculaires. « *On sait les répercussions de ces produits sur les poumons, déjà un manque de souffle, donc facilement essoufflé maintenant* », constate un fumeur de crack martiniquais d'une cinquantaine d'années qui a aussi des soucis au niveau cardiovasculaire.

L'accumulation, tabac, cannabis, cocaïne base sur une même session confronte les usagers à des problèmes pulmonaires. Une consommatrice toulousaine connaît ce type de problème pour lequel, il n'y a pas de solution sinon attendre que ça passe. « *Comme il y a en même temps des douilles, des pétards... (...) tu satures. (...) Ça fait mal quand tu respirez, quand tu prends une grosse aspiration, ça fait une douleur aiguë. (...) Tu l'acceptes, tu ne le gères pas.* »

Pour les fumeurs de cocaïne base, les douleurs pulmonaires après une session de consommation intense sont banales. À un usager toulousain qui a utilisé la cocaïne selon différents modes d'administration, l'enquêteur demande s'il a déjà éprouvé des douleurs au niveau thoracique la réponse vient sans hésitation : « *Bien sûr oui. (...) Quand tu la bases. (...) il faut que tu prennes une grande inspiration, faut que tu vides tes poumons entièrement pour remplir tes poumons entièrement de cocaïne, enfin de fumée quoi. Donc ça fait qu'au bout d'un moment, (...) quand t'as passé la nuit à faire ça, là tu commences à sentir des douleurs* ».

Plus grave, un des usagers rencontrés à Paris a présenté à plusieurs reprises un cas de pneumothorax<sup>7</sup>, pathologie décrite dans la littérature et mentionnée à la Martinique par les acteurs de santé. Il s'agit d'un usager qui fréquente l'espace festif électronique alternatif et fume du free base de façon régulière dans des sessions compulsives plus ou moins intenses. Il a été hospitalisé à plusieurs reprises pour cette pathologie pulmonaire. Le premier pneumothorax survient après une « *grosse free party* » où il avait eu une importante consommation de protoxyde d'azote inhalé suivi « *en fin de matinée* » par un « *fumage de crack* ». Il explique : « *après avoir dormi quelques heures, je me lève, je vais au tabac avec une copine, j'allume ma première clope, et là, comme si on me plantait des couteaux dans le cœur, dans le poumon, comme c'était côté gauche, j'avais l'impression que c'était dans le cœur. Je suis rentré chez moi, je suis allé voir un médecin, direct urgences : pneumothorax* ». Ce premier pneumothorax est peut-être lié à la consommation de protoxyde d'azote<sup>1</sup>, mais l'usager l'attribue uniquement à la cocaïne. Par la suite les douleurs vont persister et revenir lors de consommation de cocaïne base intense. Pour lui le lien entre sa pathologie pulmonaire et cocaïne base est logique : « *à chaque fois que je respirais, une*

7. Épanchement d'air dans la cavité pleurale.

*grande inspiration, ça me faisait les coups de couteaux, alors là, tu en viens vite à te dire que c'est respiratoire, puisqu'à chaque grosse respiration, ça te fait mal, donc là, tu captes que ce sont les poumons. Et tu captes aussi en même temps que tu as beaucoup abusé la nuit précédente, et tu le mets en lien direct avec cette consommation excessive de la veille (...) donc des douleurs un peu intercostales qui sont directement pour moi, liées à la basette, puisque ça ne me le fait que quand je fume de la coke ».*

### **Complications liées à l'injection de cocaïne**

Les problèmes d'injection de cocaïne sont aussi mentionnés par les usagers, mais indirectement. Lorsque le sujet multiplie les prises intraveineuses, les injections deviennent de plus en plus difficiles à réaliser, avec les risques d'injecter « à côté ». Des cas d'infections locorégionales dues aux injections sont décrits. Puis cette difficulté intrinsèque aux propriétés de la cocaïne qui « durcit » la paroi veineuse, comme le dit un injecteur de cocaïne parisien : « *le produit te rend déjà (...) sous pression et tu n'arrives plus (...) à viser donc tu vas te le mettre à côté* ».

Nous avons pu observer en centre de soins des bras particulièrement abîmés chez des injecteurs de cocaïne, mais peu d'usagers ont évoqué lors des entretiens ce type de problèmes. L'amalgame avec le Subutex® est une explication pour certains, pour d'autres, l'injection de cocaïne n'a pas posé ces complications, d'autres enfin, n'ont pas considéré qu'il s'agissait d'un problème imputable à la cocaïne.

### **Infection de la muqueuse nasale**

Les atteintes de la cloison nasale sont peu mentionnées, toutefois, une consommatrice toulousaine garde des séquelles de surinfections anciennes liées à des consommations par la voie nasale. « *Trois-quatre ans après, j'ai encore des signes de ça, en fait, je sens, mais au sens propre, l'infection, par exemple quand je bois au goulot, en tout cas ce que ça fait au niveau des sinus, une infection, c'est pour pas dire que ça sent le pourri ou le rance. Y a une odeur comme ça qui revient, ou quand j'éternue, enfin voilà, encore aujourd'hui* ». Cette odeur désagréable caractéristique de la nécrose de la muqueuse nasale est décrite par le chirurgien ORL spécialisé que nous avons interrogé à Paris (cf supra).

Pour certains, c'est la qualité de la cocaïne qui est en cause pour les problèmes de nez. Pour cette femme, c'est la cocaïne « synthétique » qui pose problème. Car « *la végété<sup>8</sup> va t'assécher les narines, mais tu ne vas pas avoir le*

8. Désigne pour certains consommateurs une qualité de cocaïne dite "végétale" par opposition à une cocaïne dite "synthétique".

*problème du nez bouché qui fait que couler le lendemain où... t'arrêtes pas de renifler. Alors qu'avec la synthé c'est différent. Des fois t'as le nez dans un état lamentable, quoi* ». Pour d'autres, c'est inhérent à la consommation par la voie nasale tout simplement, ce qui ne va pas sans poser problème avec l'environnement. Avec la cocaïne, explique un usager toulousain inséré, « *t'as le nez qui coule sans arrêt, t'as des problèmes de sinus, t'es tout le temps enrhumé, toujours en train de te moucher ; alors, c'est chiant quand t'es au boulot. Je peux pas dire tous les jours que je suis enrhumé, alors je dois faire attention à ça* ».

### **Troubles digestifs et cocaïne**

La littérature mentionne des troubles digestifs, mais les acteurs de santé à Paris et à Toulouse n'ont pas parlé de ce type de problème. En revanche, à la Martinique, le problème a été évoqué par quelques professionnels et surtout par les usagers qui ont quasi tous décrit ce type de troubles. Si certains de ces troubles sont imputables à la cocaïne elle-même, d'autres sont peut-être dus aux importantes consommations d'alcool qui y sont associées. D'autres troubles ont peut-être des étiologies sans rapport avec les consommations, mais les usagers les imputent malgré tout au crack et à ses supposés « *produits de coupage* ». Quoi qu'il en soit, différents troubles qui affectent le système digestif sont attribués par les usagers martiniquais à la consommation de crack.

Ainsi un usager de crack martiniquais parle de « *crampe* » qui s'atténue s'il consomme du rhum ou du crack. Sur ses maux de ventre, il pose un diagnostic complexe qui fait intervenir son état nerveux, le contexte de consommation plus ou moins stressant, les consommations d'alcool et la cocaïne. Les interprétations médicales servent aussi à alimenter sa propre représentation de ce qui lui arrive. « *Il y a des moments, je suis tellement énervé, je vais chier, je saigne beaucoup, d'après ce qu'on m'a dit le saignement, c'est lié à un blocage dans mon corps.* »

Les troubles digestifs ne sont pas uniquement mentionnés par les usagers martiniquais, un usager de free base toulousain évoque aussi des problèmes d'irritation de l'œsophage, mentionnés également par un médecin à la Martinique. Ainsi, lorsqu'il énumérera les différents problèmes qu'il a rencontrés, après un temps d'hésitation, il ajoutera : « *ouais, peut-être, des aigreurs, irrité l'œsophage, à force de fumer des cailloux...* ». La différence entre métropole et Martinique tient plus à la place que ces troubles digestifs prennent dans la représentation que dans la réalité<sup>2</sup>. En Martinique, les usagers en parlent et ils sont très présents dans les descriptions, alors qu'en métropole, ils existent aussi mais sont peu présents dans les descriptions.

Un autre usager martiniquais, s'est retrouvé aux urgences pour une douleur qu'il localise au niveau de l'abdomen. « *J'avais consommé avant beaucoup, un joint, un black mélangé avec des cigarettes, du shit et de l'herbe, plus le crack. C'est ça qui m'a malmené peut-être, peut-être que c'est le mélange. Mais oui*

*j'avais le problème. (...) Ah, sous le cœur, (il montre de la main), plutôt le ventre. C'est eux qui m'ont dit c'est le foie. (Enquêteur : Et donc tu penses que c'était lié à ta consommation de crack ?) Je crois bien et puis travailler beaucoup sans manger. »*

Il n'est pas facile en Martinique de relier objectivement le trouble avec la consommation. Les usagers mêlent de façon non explicite des catégories de pensées qui font appel à des registres plus ou moins magico-religieux qui apportent de la confusion sur ce qu'il considère être la responsabilité de la cocaïne dans les problèmes qu'ils ont rencontrés. Une consommatrice a eu une péritonite qu'elle attribue explicitement à sa consommation de crack, sans que pour autant on comprenne le lien réel qui peut exister entre les deux. « *Je suis restée quelques jours chez moi en souffrant, ne comprenant pas ce que j'avais quoi, et c'est vrai que je hais les hôpitaux tout ça et que j'y vais toujours à l'extrême limite et tout. (...) je faisais que vomir, (...) Et puis bon un jour ma mère elle est venue (...) et c'est là que n'en pouvant vraiment plus on m'a emmené aux urgences et aux urgences ils m'ont dit que j'ai vraiment eu de la veine parce que j'étais à 6 heures de la mort. » Elle va invoquer différentes causes à cette péritonite : d'abord le crack de mauvaise qualité (un bon crack ne peut pas rendre malade ?) puis le filtre en cuivre et enfin la dimension contextuelle de la consommation : « *La qualité du produit, je pourrais te dire autre chose aussi, il y a le contexte. Chaque fume, chaque produit ne peut pas se fumer n'importe où. »**

Impureté du produit, du filtre, du lieu de consommation et de l'entourage pourraient créer pour l'utilisateur des conséquences néfastes sur le plan de sa santé. Comme si une certaine harmonie des conditions de consommation pouvait créer une perfection de l'effet, mais que le trouble de cette harmonie par des éléments impurs comme des produits mélangés à la cocaïne dans le caillou (de l'os de cadavre, du sperme ou des produits de coupage toxique) ou au cuivre dans le filtre (« *du mauvais cuivre* ») ; mais aussi de mauvaises intentions ou pensées de certains fumeurs parmi le groupe pourraient suffire à inverser « *un bon kif* » en « *maladie* ».

Le tube digestif peut effectivement être la cible de troubles induits par la cocaïne, mais la fréquence des descriptions chez les usagers martiniquais par rapport à la métropole, et souvent dans des contextes symptomatiques confus, donne à penser que ce type de troubles renvoie à une autre dimension plus culturelle qui se structure, à la fois à partir de la place des catégories du pur et de l'impur dans les représentations étiologiques populaires des maladies qui affectent le système digestif à la Caraïbe, et sur les représentations de la consommation du crack qui sont indexées à des phénomènes magico-religieux.

### **Violence et accidents**

Paradoxalement, la violence souvent décrite par les acteurs de santé est très peu mentionnée par les usagers pour les blessures qu'elle occasionne. Elle est

parfois évoquée, ainsi que les rapports agressifs entre usagers, y compris des meurtres (Martinique), mais, peu de personnes rencontrées ont fait état de blessures qui en seraient la conséquence directe. À Paris, une femme dans un état sanitaire et social très dégradée, consommatrice de crack, rencontrée dans un lieu de première ligne, évoque les agressions dont elle a été victime cette année : *« j'ai eu plein de problèmes. Ouais, ça, j'ai eu des blessures graves, une ouverture ici, (enquêteur : ah ouais, au niveau de la tête) Ouais, ouais, cet été c'était vraiment chargé. (...) j'étais beaucoup agressée »*.

Le cas d'une consommatrice de crack à la Martinique est typique du fait que la violence et les blessures existent, mais ne sont pas pour les usagers, imputées à la cocaïne. Elle a été victime, d'une agression très grave qui engagea un pronostic mortel. Mais, elle en parle au détour de l'entretien pour mettre en valeur les bons rapports qu'elle a eus avec l'hôpital, et pas du tout pour décrire un problème de santé en lien avec l'usage de cocaïne : *« Pour celui de La Meynard<sup>9</sup>, il n'y a rien à dire, ils m'ont sauvé la vie, je suis arrivée dans le coma, (...) pour des coups de couteau que j'ai pris »*. Comme si, pour les usagers, les blessures ne sont pas des problèmes associés à la cocaïne, mais au mode de vie violent des usagers et des dealers entre eux.

La traumatologie peut n'impliquer que l'utilisateur lui-même dans des accidents liés à l'état modifié de conscience ou lorsque le sujet en surdosage perd connaissance et se blesse en tombant, comme c'est arrivé, par exemple, à un usager parisien qui, après avoir consommé du crack sort s'acheter à manger et fait un malaise dans la sandwicherie. *« J'avais fumé (...) je suis tombé, je me suis cassé la dent, tapé la tête contre une table. J'avais mal à la tête donc je voulais savoir si... j'ai été faire des radios... Parce qu'on peut se faire des traumatismes... (...) Je saignais de la bouche beaucoup. »*

### **Des pieds qui s'abîment**

Les problèmes dermatologiques des pieds, liés aux importantes déambulations et errances des usagers de crack à Paris et à la Martinique sont aussi évoqués par quelques usagers de ces deux sites. Pour une consommatrice parisienne de crack en situation de grande précarité, c'est le seul problème qu'elle voit : *« oui, (...) j'ai mal aux pieds. (...) j'ai toujours des coupures aux pieds, quand je marche. (...) pour chercher »*. Une autre consommatrice qui évolue en zone de diffusion du crack à Paris explique aussi ce comportement de recherche qui génère des problèmes infectieux au niveau des pieds. *« J'ai mal au pied ! (...) Ouais, j'ai une infection... (...) J'ai fait un petit bobo, là ; et je sais pas, ça a dû s'infecter en dessous. C'est le même que là. Là, ça s'est rétabli. Là, ça s'est infecté. (...) c'est à force de marcher ça. (...) Ah, euh, moi je suis Speedy Gonzalez, ça fait deux mois que je marche et encore je trouve que j'ai*

9. CHU de Fort de France.

*des beaux pieds au bout de deux mois. (rire) C'est parce que je me repose de temps en temps quand même ! (...) C'est le fait d'aller chercher ta came (...) (...) parce que des fois y en a pas à Stalingrad alors faut aller à Jaurès. (...) Y en a pas à Jaurès, faut aller à... (donc tu tournes) Et souvent, c'est vrai que les toxicomanes n'aiment pas prendre le métro ou le bus ; ça les angoisse, ça les perturbe vis-à-vis des gens... Alors, à part, peut-être (...) les shlagues<sup>10</sup> (...) Mais personnellement, de rentrer comme ça dans un métro, j'ai la te-hon<sup>11</sup> ! »*

Un effet de renforcement se crée où plus la situation se dégrade sur le plan sanitaire et social, plus la présentation de la personne est une atteinte à son image, la conduisant ainsi à privilégier un entre soi de ce point de vue plus rassurant. Cet évitement pousse à des déambulations hors de l'espace-temps social, orientées par la recherche de « plans » qui visent à satisfaire différents besoins, (dont les produits). Mais les déambulations sont elles-mêmes sources de dégradation de l'état de la personne.

La marche à pied remplit pour un usager parisien consommateur de crack une autre fonction : la marche à pied est pour lui un somnifère. Car explique-t-il, le crack, « *ça aide pas à dormir (...) je marche beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup, beaucoup,...* et la fatigue, le corps y peut plus au bout d'un moment ; on n'est pas des robots. Voilà. »

Un usager inséré toulousain fumeur de free base décrit aussi des problèmes dermatologiques au niveau des pieds, alors qu'il n'a pas le mode de vie des crackeurs et n'effectue pas de nombreux kilomètres de marche par jour. Il a une explication qui amalgame composant de la sueur et produit nécessaire à la fabrication de la cocaïne base. En effet, l'ammoniaque est présent dans la composition du liquide corporel et peut entrer dans la fabrication de la cocaïne base. « *Ça détruit les pieds un peu aussi, (...) Ça fait transpirer grave, les pieds, l'ammoniaque, ça ressort par les pieds en fait. Moi, ça me l'avait fait pas mal, à l'époque, ouais. Des crevasses et tout ça, quoi.* » Car s'il est vrai que la cocaïne produit une hyperhidrose<sup>12</sup> et que l'ammoniaque est un composant de la sueur, il paraît peu vraisemblable que l'ammoniaque qui sert à la transformation du chlorhydrate en base, puisse « ressortir » par les glandes sudoripares une fois le caillou fumé. Toutefois ce témoignage est intéressant, car il met en avant que la transpiration importante liée à la consommation de cocaïne peut dans certains cas favoriser une activité bactérienne susceptible d'infecter la voûte plantaire. Cette situation se trouve aggravée par les conditions de vie précarisées des consommateurs de cocaïne base qui pratiquent des formes d'errance urbaine.

10. Policier, référence à la crainte de la police qui limiterait l'usage des transports en commun.

11. Honte. Il semble qu'au-delà de la crainte policière le regard de l'autre dans un espace social restreint soit difficile à soutenir par rapport à une image et une présentation de soi très dégradées, probablement renforcé par les troubles paranoïdes qu'engendre la cocaïne.

12. Augmentation de la sudation globale ou locale.

## CONSÉQUENCES SOCIALES DE L'USAGE

### Le coût élevé de la consommation de cocaïne

Les revenus de compensation, RMI<sup>13</sup>, AAH<sup>14</sup>, ou API<sup>15</sup>, sont largement insuffisants à assurer la consommation d'un usager de crack dépendant. Deal, délinquance, prostitution, « embrouille-débrouille » entre usagers ou avec les dealers, sont des façons d'essayer de « joindre les deux bouts ». Des solutions à risques de violence et d'incarcération, où le prix à payer s'il n'est pas toujours immédiat se règle en général, à un moment ou à un autre dans son corps ou son psychisme. Car la consommation compulsive de cocaïne entraîne des dépenses que seuls certains consommateurs particulièrement à l'aise sur le plan économique peuvent se permettre. À propos des conséquences économiques un consommateur de crack parisien à cette formule : « *C'est énorme ! C'est énorme ! C'est énorme ! Tu peux dépenser 300, 400 euros par jour ! C'est pire qu'un riche !* ».

Pour cet usager toulousain de 29 ans, l'argent est le premier problème qu'il a rencontré avec la cocaïne : « *j'étais à moins 4 000 euros, on fumait de la coke à outrance* ». Cette mise au premier plan de la dimension économique s'explique d'autant plus pour les usagers insérés, ayant un travail et les charges afférentes à leur autonomie sociale. Il existe des moments dans la trajectoire d'usage de la cocaïne où les choses peuvent basculer de l'insertion vers la précarité.

Une femme qui a pratiqué durant plusieurs années la revente de crack sur Paris, a assisté, lorsqu'elle livrait son produit, à des plongées sociales vertigineuses de personnes parfaitement bien insérées sur le plan social et professionnel. « *Tu vois des gens, y en a certains, ils ont des apparts et tout, tu les vois faire nuits blanches sur nuits blanches, nuits blanches sur nuits blanches... ; ils attendent les cailloux. Ils dorment pas. (...) C'est plus fort qu'eux ! (...) Y en a, ils avaient des beaux métiers et tout avant. Ils y ont tout perdu.* » Car, le risque d'une catastrophe sociale est bien réel, comme l'explique un usager de crack parisien, avec la cocaïne, « *tu perds tout, tu perds ta maison, tu perds tes enfants, tu perds ton mariage, tu perds tout, tout, tout, tout, tout !* ». Bien entendu, tous les consommateurs de crack insérés ne sont pas contraints de telles extrémités sociales et modifient leurs consommations avant.

L'usager toulousain, lui, bien qu'il soit « *dans les produits* » depuis l'âge de 14 ans, et qu'il n'ait « *jamais trop arrêté* » la cocaïne, n'a « *jamais arrêté le taf*<sup>16</sup> » non plus, comme il dit. Car, l'insertion professionnelle, le travail a toujours constitué pour cet usager une limite, une protection pour ne pas se

13. Revenu minimum d'insertion.

14. Allocation adulte handicapé.

15. Allocation de parent isolé.

16. Travail.

laisser complètement envahir par la compulsion et ses conséquences sanitaires et sociales. « *C'est le taf aussi un peu pour décrocher de la came (...) pour pas perdre le boulot.* » D'ailleurs, travaillant dans une grande entreprise qui a su le garder lorsqu'il était en sérieuses difficultés avec la cocaïne, après avoir fait des démarches de soins pour préserver son emploi, il s'est « *retourné grave vers le boulot* », occasion pour lui, du coup, de « *progresser* » dans l'entreprise. Une fois cette vulnérabilité reconnue et acceptée, il décida de mettre un peu de distance avec des lieux de trop forte exposition au produit. « *Et là, maintenant, je suis à la campagne, je me suis mis au vert* ».

### Trouver des alternatives : vendre de la cocaïne

Un toulousain explique le dilemme de l'usager addict à la cocaïne de façon très simple : « *Il faut trouver d'autres solutions (...) Et pour les sous (...) à part le vol, la prostitution ou le deal, il n'y en a pas d'autres, ou sinon être fils de riches, mais bon, c'est rare, quoi, ou gagner au millionnaire, tu peux en gratter des machins, ça ne marche pas* ».

La revente est une possibilité pour faire face aux tyrannies budgétaires de la cocaïne. Et certains croient voir dans cette activité à haut risque, une alternative à leur besoin compulsif. En fait, la mise à disposition de quantités plus importantes indispensables au bon fonctionnement du « *commerce* », aboutit bien souvent au renforcement du phénomène de compulsion par l'augmentation de l'exposition au produit. Plusieurs usagers à Paris et à Toulouse expliquent la logique qui fait fonctionner l'illusion de cette solution.

Mais, la revente peut être une tentation pas tant pour sortir des affres de ce que coûte sa consommation, mais pour régler des problèmes économiques et sociaux. Le volume des sommes en jeu et la perspective de bénéfices à « *plusieurs zéro* » font tourner des têtes. Et aujourd'hui, les candidats à l'enrichissement par la vente de cocaïne semblent de plus en plus nombreux. Il est vrai que la simple comparaison des coûts et des bénéfices entre cannabis et cocaïne peut faire figure d'encouragement. Quelques usagers ont témoigné de cette solution qui s'avéra pour eux, à terme, la source de problèmes bien plus importants que ceux qu'elle prétendait résoudre. « *Pourquoi les gens y rigolent avec moi ? Pourquoi tout le monde me connaît ? Moi, tu sais, je suis pas comme eux (...) Je t'explique. Avant j'étais anti-came ! Bon, j'ai eu des problèmes, j'ai eu besoin d'argent et j'ai commencé à vendre avec les modoux*<sup>17</sup>. » Cette femme, rencontrée dans une structure de première ligne est aujourd'hui confrontée aux conditions de la grande précarité : « *Quand on a de l'argent, on va le flamber et acheter des cailloux, mais après, t'es con parce que tu peux même pas acheter*

17. Revendeurs d'origine sénégalaise.

*une bière à 50 centimes, tu peux même pas acheter un plat, tu peux rien faire ; tout ton argent est passé dedans. (...) t'as plus aucun moyen après, ça coûte super cher ! ».*

Ce sont tous les besoins primaires qui trouvent à se satisfaire dans la vie sociale qui sont menacés par ces trajectoires où la solution délinquante se transforme en grande précarité. Ainsi, à l'inverse des situations où le deal vient après la consommation compulsive et ses conséquences, ici, l'entrée dans la consommation se fait par la porte socio-économique : d'abord le deal comme activité, ensuite la consommation et la compulsion, enfin l'addiction, la toxicomanie et la précarité sociale.

L'autre problème avec la revente, c'est la répression. Il faut assumer de vivre avec une méfiance permanente dans la crainte de la police qui exerce une pression sur les lieux de ventes et les revendeurs. « *Les flics, t'as du bédô<sup>18</sup>... (...) ils en ont rien à foutre. Ils voient un doseur, ils font "bon, ben toi, tu nous intéresses, allez viens !" ».* De fait, l'incarcération est une éventualité à prendre au sérieux lorsque l'on est usager-revendeur. Et la progression à Paris des chiffres d'injonctions thérapeutiques<sup>19</sup> prononcées ces dernières années pour des ILS<sup>20</sup> où le crack est en cause, le confirme. Tous les usagers ne vivent pas dans le même état d'esprit la privation de liberté. Pour cet usager parisien, la prison n'est pas un passage auquel il faudrait se résoudre avec la « *philosophie* » fréquemment rencontrée du : « *ça fait partie du jeu, t'as joué, t'as perdu, c'est pas grave* ». Pour lui, condamné à plusieurs reprises à des petites peines, la prison « *c'est toujours trop longtemps ; un jour c'est un jour. Les gens, y vous disent "moi, la prison, je la fais sur un pied, je m'en fous de la prison". Moi, ça a jamais été ça, je l'ai toujours fait sur deux pieds, mais pas encore en équilibre* ».

Mais la revente n'induit pas qu'une « *parano policière* », il faut aussi se garder des autres revendeurs qui n'apprécient pas la concurrence. Le revendeur se devra aussi de rester vigilant à l'égard de certains usagers qui ont décidé de fumer ses produits sans forcément lui payer. « *Moi la façon de me le procurer, c'est un peu à part, par rapport aux autres... Moi, je suis pas un rabatteur, je la prends pas chez des dealers... Je vends pas. Je suis un voleur, quoi. Je vole les gens qui vendent (...) C'est pas sans risque, quoi. Voilà. Je les vole, mais en douce...* » Le risque ici est d'une autre nature, le nombre de personnes dont le visage et le corps sont balafrés dans les zones de diffusion importante de crack est de ce point de vue, assez significatif.

18. Cannabis.

19. Cf. supra.

20. Infraction à la législation sur les stupéfiants.

## La prostitution, une autre alternative à risques

Face au coût de la consommation compulsive de cocaïne, une femme rencontrée à Paris dans une structure de première ligne pose clairement sa solution : « *Mais le plus facile, c'est la prostitution (...) je préfère faire un client, 50 euros, j'ai deux plaquettes. Pendant deux heures, quatre heures, je suis tranquille... Que de fumer une taffe et après... (...) Parce que là, tu vas t'en vouloir (...) d'avoir fait... Tu t'es sali pour une taffe... Donc, quand tu vas prendre ta taffe, déjà, tu vas même pas l'apprécier parce que t'auras la personne en face de toi...* ». Ce témoignage montre qu'il existe une différence entre une prostitution envisagée comme une activité lucrative plus « classique », de type sexe contre argent, même si l'argent gagné sert à financer la consommation de crack, et la prostitution de dépannage pour faire face au craving.

Une consommatrice martiniquaise précarisée explique qu'elle gère son RMI de manière à ne pas tout dépenser dans le crack et si la prostitution existe pour assurer sa consommation, elle la minimise devant l'enquêteur. « *Mon RMI, (...) je fais le maximum avec, mais c'est pas pour ça que j'achète de la fume à gogo, je vais peut-être acheter (...) 20, 30 (euros) grand maximum sur un RMI, envoyer un mandat à mon fils, acheter des fringues, manger, voilà ça va vite (...) 380 et quelques, (enquêteur : ça t'est arrivé de faire des maquettes<sup>21</sup> ?) très rare, très, très rare, non, dans l'extrême nécessité absolue* ».

Dans les rapports de prostitution et de crack, c'est un jeu de « à malin, malin et demi », car il s'agit de savoir qui peut « carotter »<sup>22</sup> l'autre. Ici, la question de la méfiance est centrale. C'est une préoccupation constante chez les usagers de crack pris dans des rapports prostitutionnels, comme pour cette femme vivant dans une zone d'importante diffusion de crack à Paris et qui s'interroge : « *comment je peux voir si la personne, elle est bien ou si elle est pas bien ? Parce que le mec, il a tellement envie de ton corps, il a tellement envie de te posséder qu'il va te faire des yeux de... même de bouffon. Et toi tu vas te dire : "Ah, lui, je vais le carotter facile !" (...) Je me dis, c'est une victime. Et lui y se dit quoi ? "C'est une victime !" C'est une double victime ! (...) C'est à la loi du plus fort. (...) Pire qu'à la jungle.* »

Reste la jungle du social ordinaire, faite de travail non déclaré ou mal rémunéré, de « *corvées* » comme disent les usagers à la Martinique. Ce type de recours, compte tenu de la faiblesse des sommes qui sont en jeu, ne peut convenir qu'à des usagers qui ont acquis une certaine maîtrise de leurs consommations ou dans des moments de la trajectoire d'usage, lorsque les dépenses engagées pour la cocaïne restent limitées. À la Martinique, à défaut d'activité délinquante, les allocations compensatrices se complètent souvent de petites activités plus

21. Passes en créole (prostitution).

22. Rouler, tromper.

ou moins déclarées. Ainsi, un usager de crack vit du « *RMI et puis de jobs... avec les fruits, en ce moment c'est les quenettes*<sup>23</sup> ».

Pour faire face aux importantes dépenses qu'implique une addiction à la cocaïne, les usagers, selon leur personnalité, leurs compétences et le moment de leur carrière d'usage, mettent en place différents types de réponses qui ne sont pas sans conséquences sur leur vie et leurs liens sociaux.

## LOGIQUES DU NON RECOURS AUX DISPOSITIFS DE SOINS

Cette enquête montre que les usagers qui ont rencontré un problème sanitaire ou social lié à l'usage de cocaïne ne font pas systématiquement recours aux dispositifs de soins. Ce constat est aussi valable pour les problèmes d'abus et de dépendance que pour les conséquences somatiques ou psychiques, dans la limite des urgences vitales ou de situations psychiatriques extrêmes qui conduisent l'environnement à solliciter une intervention. Présenter une addiction à la cocaïne n'est pas actuellement un motif de consultation spécialisée aussi fréquent que pour l'héroïne, par exemple, et bon nombre de problèmes vasculaires ou neurologiques liés à des abus ne créent pas non plus forcément des occasions pour interpellier les acteurs de santé.

Il est alors intéressant de se demander, ce qui motive cette absence de recours, et comment les usagers « gèrent » ces problèmes en dehors des dispositifs, et enfin, si cela a des conséquences sur leur santé.

### Ne pas recourir aux dispositifs spécialisés

La non reconnaissance des problèmes que posent l'abus d'usage et l'addiction à la cocaïne est évidemment une cause essentielle du non recours aux dispositifs spécialisés. L'association ASUD<sup>24</sup> est parfois interpellée par des usagers ou des membres de l'entourage d'usagers qui rencontrent un problème avec l'usage de cocaïne. Un appel téléphonique rapporté par un intervenant de l'association est particulièrement illustratif de ce point de vue. Cet exemple assez représentatif met bien en évidence comment l'ambivalence de l'usager est renforcée par la cocaïne. En effet, le produit est capable d'amplifier tant les « certitudes » de l'usager en phase de consommation que son « accablement » en phase de descente. « *Je me rappelle d'un coup de fil, (...) d'une nana qui a appelé en disant grosso modo : "Mon mec, il pète complètement les plombs". Ils étaient jeunes, ils devaient avoir vingt-cinq ans à peu près ; "c'est toujours pareil avec lui, quand il est défoncé, il a tout un discours imparable avec des arguments comme quoi la coke c'est pas dange-*

23. *Melicoccus bijugatus*, fruit du quenettier, arbre qu'on trouve aux Antilles.

24. Association autosupport des usagers de drogues.

*reux, c'est bien et puis qu'il a raison de se défoncer (...) Il n'y a aucune faille". Alors (elle) lui dit : "Mais arrête..." (...) et puis ça dure comme ça, il se défonce et puis au bout d'un moment, il pète les plombs psychologiquement, enfin ça ne va pas bien ou bien il n'a plus d'argent (...) Quand on lui dit : "là, tu vois où tu en es maintenant", alors il bredouille : "Oui oui oui", alors là c'est : "Oui je me suis trompé, oui je vais bien faire" (...) il prend des engagements et puis dès qu'il y a à nouveau de la coke, c'est reparti. » (Intervenant, ASUD)*

Lorsque l'on est dépendant de la cocaïne, pour ne pas souffrir de la descente, le mieux c'est de ne pas arrêter ! Au-delà de la boutade, c'est la position que soutiennent un temps, certains usagers qui disposent de moyens économiques et de réseaux d'approvisionnement. Pour l'utilisateur, la « *solution piège* » pour éviter la phase dépressive, consiste à disposer de cocaïne de façon permanente. Situation que l'on peut rencontrer chez des revendeurs ou chez des personnes présentant un fort pouvoir économique et d'accès aux réseaux. Si dans un premier temps cette « *solution* » épargne au consommateur la question de la descente et de son cortège d'anhédonie, de trouble de l'humeur, etc... elle accroît les phénomènes de dépendance et de tolérance avec les risques qui y sont associés sur le plan aigu vasculaire ou psychiatrique.

Pas besoin d'être favorisé pour ne jamais se retrouver en rupture de consommation et donc confronté à « *l'horreur de la descente* ». Un certain savoir faire social peut, pour les plus précaires, constituer une solution tout aussi piégeante. Une usagère de crack à la Martinique explique cette compétence qui permet d'échapper au manque. « *Ah oui bien sûr, je suis dépendante mais (...) je ne laisse quand même pas aller ma folie pour faire n'importe quoi... Il faut dire que j'ai de la chance, je suis quelqu'un qui est assez apprécié et qui quand elle a, donne donc je reste rarement sans rien du tout donc je peux toujours m'arranger.* »

Parfois, il n'y a plus d'arrangements possibles et la crise est là. Mais la crise ne suffit pas à constituer forcément un problème d'addiction pour l'utilisateur, même lorsque celui-ci l'éprouve dans toutes ses conséquences sanitaires et sociales. Il faut aussi avoir une catégorie de pensée qui permet de relier ces conséquences à une cause qui relèverait de catégories telles que l'addiction ou la toxicomanie ; ce qui permettrait alors d'adresser ce problème à un lieu ad hoc. Mais ça ne va pas toujours de soi. Le modèle des opiacés surdétermine ces catégories, et addiction et toxicomanie rabattent leur signification sur la dimension physique. « *Pour moi, y a pas une addiction, une dépendance physique à ce produit.. (...) si t'en as pas, peut-être tu vas en vouloir vraiment, mais y a aucune dépendance* ». La dépendance psychique n'est pas, dans ce schéma, 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 considéré de façon séparée des fonctions physiologiques atteintes dans le cas des opiacés. Ainsi, il « *peut y avoir une envie impérieuse de consommer... mais ce n'est pas un besoin physiologique...* » explique un usager parisien.

Lorsque l'usager fait coïncider les problèmes qu'il rencontre avec une cause qui puisse concerner un lieu particulier, encore faut-il que les circonstances permettent de faire le pas. La question de s'arrêter est douloureuse, mais reste possible pour le sujet dépendant quand il n'y a pas de produit, en revanche tant que le produit est disponible, il est difficile d'y renoncer. C'est donc dans des moments de crise à la suite d'épisodes intenses de consommation, lorsque les problèmes sont à différents niveaux importants, que l'usager en descente, angoissé, « *parano* », déprimé, est susceptible de s'adresser au soignant pour demander de l'aide.

Si nous avons vu que pour les professionnels ce type de configuration n'est pas actuellement le plus facile à saisir, pour les usagers, il existe la représentation que les soignants ne peuvent ou ne veulent pas répondre à ces problèmes. Comme si pour eux, le dispositif, orienté pour répondre aux problèmes que posent les opiacés, n'était pas fait pour les situations difficiles qu'ils sont amenés à rencontrer avec la cocaïne. Dans cette représentation d'un système conventionnel centré uniquement sur les opiacés, les Narcotiques Anonymes peuvent être une réponse envisagée et envisageable pour certains usagers. L'absence de traitement médical validé, les limites du dispositif actuel de postcure, dont les usagers ne retiennent que les rechutes, sont autant de facteurs favorables pour que des consommateurs envisagent ce type de solutions alternatives.

Une femme bien insérée socialement, cocaïnomane par voie nasale, qui a connu un important syndrome de dépendance à la cocaïne a fait l'expérience des Narcotiques Anonymes. Son témoignage éclaire les croyances et représentations qui l'ont conduite à ce recours, mais aussi ce qu'elle pense y avoir trouvé et qui l'a aidé. « *Pour parler de moi, l'intérêt, c'était de rencontrer des gens qui avaient connu ça et qui s'en étaient sortis. Parce que moi, le gars qui me prodigue des conseils, derrière son bureau, et qui n'a jamais pris un rail de coke ou un rail d'héro de sa vie (...) ça, pour moi, ce n'est pas crédible, je n'y accorde aucune foi, je ne l'écoute même pas.* » En revanche, un pair qui peut donner l'exemple à d'autres en disant « *j'étais comme toi, peut-être même pire que toi, et regarde aujourd'hui, je gagne bien ma vie, j'ai une maison avec des enfants...* » (...) *pouvoir appeler quelqu'un à quatre heures du matin, au téléphone, en disant « je suis en train de me faire des films (...) : j'ai l'impression que tout le monde me guette, m'épie « (...) Moi, je sais qu'il n'y a que ça qui a marché pour moi, et ça n'a pas été des médicaments, pas de substitution. Ça a été dur, parce qu'au début, sans médicaments, c'était l'horreur ; c'était vraiment l'envie de m'en sortir et de voir des gens qui avaient connu ça et qui s'en étaient sortis, qui savaient tout, lire dans mes pensées, qui connaissaient exactement le séisme qui se passait dans ma tête au moment où je le vivais, et je n'avais pas besoin d'en parler ; c'est important, ça* ». Que certains usagers envisagent de se soigner sans avoir besoin de parler est une limite pour les dispositifs de soins dont la démarche se fonde sur la parole.

## Gérer les conséquences de l'abus d'usage, en dehors des dispositifs

La descente et son cortège de troubles qui peuvent parfois amener un usager à solliciter une aide extérieure, se gèrent, la plupart du temps, par la consommation d'autres produits. Plusieurs voies sont utilisées. À la différence de la Martinique où l'alcool et le cannabis sont principalement utilisés, en métropole, les opiacés viennent se rajouter à la pharmacopée du cocaïnomane en descente. Les détournements de sulfates de morphine et de nombreuses prescriptions de BHD ou de méthadone servent à amortir le « *crash* » et à faire patienter en attendant le prochain épisode de consommation. L'héroïne est traditionnellement connue des usagers de drogues pour cette fonction. Un usager parisien, injecteur, considère que même si ça ne règle pas les problèmes de craving, ça aide, car prendre de l'héroïne « *c'est le geste de prendre une drogue, déjà à la place de la coke déjà... psychologiquement, à mon avis, c'est autre chose (...) c'est pas comme si y avait rien. Là, par contre, s'il y a de l'héro, derrière un bon sniff, déjà ça va me calmer l'héro !* » Toutefois, sa qualité fluctuante et son approvisionnement plus ou moins régulier font que de nombreux usagers ont recours aux MSO. Les médicaments psychotropes de la pharmacie psychiatrique sont évidemment utilisés pour dormir ou faire baisser l'angoisse, mais tous ne sont pas unanimes sur ce point, si certains en font un recours systématique, d'autres n'aiment « pas prendre des cachetons ».

Nous l'avons vu, les phénomènes de tolérance, la compulsivité, les contextes de consommation et les modes d'administration, comme l'injection ou l'inhalation à chaud, peuvent conduire à des concentrations plasmatiques importantes qui induisent des troubles somatiques et psychiatriques transitoires. Les usagers ne réagissent pas de la même manière face à ces symptomatologies. Dans le matériel recueilli, la plupart de ces situations sont gérées sans aucun recours aux dispositifs sanitaires. Pour les services d'urgences parisiens, dans ces situations, le recours est souvent le fait de consommateurs en contexte festif essentiellement sniffeurs. En Martinique, certains crackeurs ont parfois aussi recours aux dispositifs d'urgences, mais c'est loin d'être systématique. Parfois, le malaise provoqué par le surdosage conduit l'injecteur de Paris ou Toulouse à faire appel aux urgences, toutefois dans le matériel recueilli, bon nombre de situations interprétables sur le plan clinique comme un problème cardiovasculaire n'ont pas conduit à la rencontre avec un acteur de santé.

L'expérience répétée d'abus nocifs sur le plan vasculaire semble conduire l'usager à ne pas faire appel en cas de problème. Mais cette connaissance empirique « expérientielle » ne comprend pas la nature des phénomènes physiologiques en cause et les risques vasculaires encourus.

Le risque est que cette méconnaissance de l'usager de la réalité physiologique de ces « accidents » lui donne l'impression puisque « *ça passe* » que « *ce n'est pas grave* ». En réalité, il s'agit parfois de début d'infarctus. La répétition des accidents fragilise l'état cardiovasculaire d'un usager qui, ignorant cette réalité risque de faire l'accident de trop.

Il est possible à partir des entretiens de reconstruire le processus en jeu. Un patient injecte une cocaïne qu'il ne connaît pas bien. Avec les phénomènes de tolérance, il multiplie les injections dans un laps de temps relativement court. Au bout d'un moment la concentration plasmatique est importante et produit des effets de spasme vasculaire qui conduiront à un infarctus qu'il ne saura identifié, et qui sera diagnostiqué plus tard lors d'un second surdosage. Il est intéressant de voir le processus psychique qui conduit au surdosage. « *Je prenais et comme je ne connaissais pas ce produit, bien encore ; ça redescendait toujours plus vite et ça m'énervait. Donc je prenais de plus en plus de grosses doses, et à un moment j'ai pris une grosse dose...* » qui conduira à l'accident. Mais cet accident ne donnera pas lieu à un recours, une fois la crise passée, l'usager s'en est remis tant bien que mal et a repris un peu plus tard des consommations qui, à un moment donné ont conduit à un nouvel infarctus à l'occasion d'un nouveau surdosage intervenant cette fois sur un système vasculaire fragilisé.

Les usagers en général ne s'alertent pas lorsqu'ils éprouvent des symptômes au niveau cardiaque, car ils ont la représentation que la cocaïne agit sur le cœur. Il est donc « *normal* » de ressentir des douleurs ou des « *anomalies* » dans la zone thoracique. Un usager qui fréquente l'espace festif explique que lorsqu'il avait des douleurs, des palpitations pour lui « *c'était normal parce que la coke, ça avait agi au niveau du cœur, c'est un accélérateur cardiaque, donc je me suis dit : Ben faut qu'j'arrête d'en prendre, c'est tout !* »

Les « *signes cliniques* » font signe à certains usagers, « *qu'il faut lever le pied* »... Mais pas tous, certains comme on l'a vu, peuvent passer outre et précipiter un accident. D'ailleurs cette idée de la cocaïne qui « *agit* » sur le cœur est tellement répandue que certains y voient même un indicateur de qualité, « *Si t'as pas de palpitations, c'est qu'elle est pas bonne ! (rires)* », explique un usager toulousain qui a une expérience certaine de la consommation de cocaïne. Qu'il s'agisse, de maux de tête, de douleur thoracique, cardiaque ou pulmonaire, en règle générale, c'est par l'arrêt momentané de leur consommation que les usagers gèrent les troubles liés à l'abus d'usage.

Les maux de ventre que la plupart des usagers martiniquais rencontrés imputent au crack ne font pas forcément l'objet de recours médicaux et sont gérés directement par l'usager selon le schéma simple du pur et de l'impur (xxxii), comme nous l'avons décrit précédemment. Ainsi cet usager a été malade à la suite d'une consommation d'un mauvais produit (« *tcherno* »), il va « *rincer* » abondamment avec un produit pur, faire une diète alimentaire, s'abstenir de fumer du crack et le problème va passer.

Comme l'explique un autre consommateur de crack martiniquais « *quand tu consommes beaucoup, normalement le déchet ça reste intérieur, ça sort pas, ce n'est pas lavé* ». Ainsi, le problème n'est pas seulement l'accumulation d'impuretés liées à la consommation de mauvais produit, mais aussi par excès de consommation. Toujours dans cette logique de nettoyer les impuretés, les usagers peuvent avoir recours aussi à « *l'eau de coco, c'est la meilleure. C'est bon pour*

le foie, pour nettoyer le ventre, nettoyer... parce que quand tu fumes du tcherno ce qui prend, c'est le foie ». Ou encore en utilisant des remèdes traditionnels qui servent à drainer les toxines de l'organisme. Comme cet usager qui après d'importantes douleurs abdominales qu'il attribue au crack s'est fait conduire aux urgences, mais n'est pas resté à l'hôpital pour se faire soigner. « *Quand ils m'ont dit c'est mon foie..., comme je connais beaucoup d'herbes que je pouvais utiliser pour me soigner (...) J'ai résolu mon problème par les plantes. (...) Au début je sers des feuilles de ti-fruits jaunes<sup>25</sup>, (...) j'ai pris « an pij » (une purge) (...) je faisais le soir du thé de gingembre très fort, ça te fait transpirer beaucoup (...) je me suis lavé ».*

Pour faire face aux complications liées aux abus, les usagers utilisent leur expérience et les ressources sociales et culturelles à leur disposition. Toutefois, la méconnaissance de certains mécanismes physiologiques en jeu dans certaines complications les expose à des risques sur le plan de la santé notamment au niveau cardiovasculaire et vasculaire cérébral.

### **Cocaïne et compulsion, lieu de vie, rupture et alternance**

Une façon de limiter et de « gérer » ses consommations, consiste à s'éloigner du groupe de consommateurs en sortant de la zone de diffusion.

Certains usagers de crack précaires martiniquais vivent souvent dans des alternances entre leur famille et l'errance à la Mangrove ou dans des squats de Fort-de-France. Comme cet usager de 42 ans qui « *dort sur le divan, sous la véranda* » chez son père et qui fréquente régulièrement la Mangrove. La vie sociale est caractérisée par l'instabilité. Lieu de vie, relations avec la famille, activités professionnelles, sont intermittents, changeants, instables. « *Au niveau de la famille, y a des moments, je me sens, comment dire... mauvais quoi... j'arrive pas à me mettre stable, je reste un moment 1 mois, 2 mois, j'arrive bien... et puis y a des moments ça passe pas quoi.* » De nombreux usagers de crack martiniquais vivent ainsi entre la famille et le « *ghetto* ».

Mais cette alternance se joue aussi dans l'hexagone chez les usagers de crack, quoique dans une forme différente. Pour certains consommateurs, une migration saisonnière s'organise entre les deux rives de la Méditerranée. Ce crackeur du 18ème explique qu'il ne « *passé pas l'hiver ici* ». Une partie de sa famille est en France et sa mère vit au Maghreb. Pour lui, ce déplacement qui renouvelle son environnement à une fonction de régulation de l'abus et de la dépendance. Ça lui permet de « *complètement* » lever le pied durant l'hiver. D'autant que l'hiver est une période difficile pour les personnes précarisées qui vivent plus ou moins dans la rue.

25. D'après l'enquêteur, il s'agirait du roucou (*bixa orellana*) arbre d'origine amazonienne que l'on trouve aux Antilles

Ces circulations au sein de groupes familiaux plus ou moins éclatés s'observent dans le périmètre hexagonal. Un usager qui vit un débordement dans sa consommation ou qui cherche à prévenir celui-ci, peut aller passer plusieurs jours ou quelques semaines chez un membre de sa famille, en province, ou simplement en changeant de banlieue.

Sans mettre en place de grande migration, l'usager peut commencer par s'éloigner des groupes avec qui il consomme le soir et la nuit. Pour cet usager de crack parisien la priorité actuelle c'est « *de dormir dans un endroit, (...) et quitter un peu les gens pendant un moment, d'éviter de gruger, de faire les démarches, ça, ça va m'aider beaucoup. (...) et (...) faire quelque chose d'autre. (...) m'esquiver le soir* ».

Ces régulations, faites de successions alternées d'exposition au produit et de « mise à distance », font partie de la vie de nombreux usagers présentant une addiction à la cocaïne. La compulsion qu'induit la cocaïne, par les allers-retours, les « *dedans-dehors* » des zones de diffusion, implique des conséquences sociales au niveau des lieux de vie de certains usagers.

Les rythmes de ces alternances dépendent des besoins de l'usager et des conséquences des situations de consommations compulsives, de la qualité de ses relations familiales, des possibilités d'accueil et de la configuration géographique des lieux qui organisent la circulation. La situation insulaire de la Martinique favorise des cycles plus courts que la migration transméditerranéenne.

Dans cette perspective, on comprend que certains usagers soient moins en demande de séjours de rupture, car ils trouvent au sein de leur univers familial la ressource nécessaire. D'autres usagers peuvent trouver ce type de ressource en dehors du cercle familial, au sein de réseaux amicaux. De la même manière que les consommateurs hyper insérés qui disposent de moyens importants, peuvent à tout moment franchir les continents pour un séjour de mise en « stand by » à l'autre bout de la planète. Ces stratégies peuvent s'intégrer dans ce que Maria Caiata Zufferey<sup>4</sup> appelle les stratégies de préservation de soi, ici par un éloignement des zones de consommation, une régulation et une planification des consommations et quelques économies budgétaires. Restent ceux, pour qui, ni les moyens économiques, ni les ressources sociales, ni les relations familiales permettent ce type de régulation. Dans ces situations, c'est aux dispositifs sanitaires et sociaux, d'envisager de prendre le relais.

### **Identité sociale : errance et ghetto comme façon de vivre et manière d'être**

« *Le ghetto* » est vécu par certains usagers comme un lieu d'insertion qui, à un moment de leur trajectoire de vie, ont trouvé là, un espace social possible pour fonctionner. La Mangrove à la Martinique est connue de tous les habitants de l'île comme un lieu retranché où vivent entre eux les « *crackés* », les « *jumpy* », les « *errants* ».

Plusieurs consommateurs qui vivent à la Mangrove en parlent eux comme d'un « lieu d'accueil », un refuge où aller lorsqu'il n'y a plus rien de possible sur le plan social. Des usagers décrivent y être allés après s'être fait « mettre à la porte » par leurs femmes ou par leurs parents. Ainsi, à l'intérieur de cet espace, des relations sociales se construisent, à partir d'histoires faites d'épisodes de violences et de drames, de solidarités autant que de turpitudes qui structurent une mémoire commune, et des liens se tissent qui font dire à certains : la Mangrove, « pour moi, oui c'est ma famille ».

Mais par conséquent un lieu où une fois installé, il n'est pas facile de ressortir pour rejoindre, le monde social ordinaire. Et pour certains usagers cette difficulté à quitter le « ghetto » vient s'articuler à la question de l'arrêt du produit, car il leur paraît impossible d'y rester sans consommer de crack. C'est le cas de cette femme en rupture sociale depuis plusieurs années, son vécu à la Mangrove a maintenant pris une place essentielle dans sa biographie : plus qu'un lieu, la Mangrove est une façon de vivre, une manière d'être à la Martinique.

« Si je décide demain de plus fumer, je fais quoi ? Je vais où ? (...) En étant ici, moi j'avoue que ceux qui s'arrêtent de fumer en continuant à fréquenter les gens (...) je les admire parce que moi, ça, je sais que je peux pas. (La Mangrove) ça m'a beaucoup aidé (...) Pas à avoir des amis parce que... c'est pas ces gens-là, mais pour s'adapter (...) vous savez ce que j'ai vécu, la mort de Jimmy, (...) j'ai pas perdu la tête, (...) j'ai continué, j'ai eu le malheur d'avoir, mon père qui est mort quand j'étais jeune, après il y a eu ma mère, j'ai déjà perdu des gens qui m'étaient chers, (...) Donc, enfin je sais pas, maintenant, <sup>26</sup> je peux pas imaginer vivre en Martinique de manière autre qu'au Lamentin<sup>27</sup>. » Un lieu devient une façon de vivre. Cette revendication identitaire se retrouve aussi en métropole, à Paris un usager par exemple, se présente ainsi : « Moi, je suis toxicomane notoire au crack ».

Toutefois, les usagers savent aussi se plaindre lorsque leurs conditions de vie ne leur conviennent pas. Mais certains assument ces conditions comme le signe d'une manière de vivre. Revendication d'une situation sociale envisagée comme non désirable et socialement humiliante, comme discours de légitimation d'une pratique déviante ? Ou posture identitaire : être ça plutôt que rien ?

27. C'est nous qui soulignons.

28. Commune sur laquelle se situe la Mangrove.

## DISCUSSION

### La cocaïne en France renouvelle la toxicomanie comme phénomène social

La vie sociale du toxicomane, tel que l'avait défini Castel<sup>28</sup>, se retrouve d'actualité parmi les témoignages que nous avons recueillis. Ainsi, ce consommateur d'origine maghrébine vivant en banlieue parisienne, a connu un parcours typique d'héroïnomanie qui l'a conduit aujourd'hui à vivre dans une grande précarité, sauf que le produit qui « l'a mis dedans », c'est la cocaïne, qu'il consommait en injection ou en base fumée. « On passe le temps à la recherche du produit, il faut trouver l'argent pour aller acheter son produit, donc tout ça, ça prend du temps. (...) il faut se procurer le produit, pouvoir le payer, donc la vie elle tourne autour de ça, quoi. »<sup>29</sup>. Finalement avec la cocaïne, la figure du toxicomane construite par la sociologie à partir des consommateurs d'héroïne des années 80 se diffuse dans l'ombre de la population des substitués.

Si les MSO contribuent à changer la vie des usagers de drogues en proposant un médicament qui n'a pas d'incidences négatives sur le plan économique et social pour le consommateur, avec la cocaïne, les conséquences sociales de la toxicomanie, sont exactement les mêmes que dans le monde des usagers de drogues d'avant la mise en place des traitements de substitution.

Dans les discours des usagers dépendants et précarisés, on retrouve du point de vue social, les mots et la rhétorique des héroïnomanes, comme si la figure persistait indépendamment des produits consommés. L'observation des problèmes de cocaïne rappelle que les médicaments de substitution ne mettent pas fin à la toxicomanie comme phénomène social.

### COMMENT LES USAGERS EN DEMANDE DE SOINS DÉFINISSENT-ILS LES PROBLÈMES À L'ORIGINE DE LEUR DEMANDE ? POINTS CLÉS DE L'ENQUÊTE :

- Les problèmes psychiatriques et somatiques décrits par les acteurs de santé se retrouvent dans les descriptions des usagers.
- Le problème en lien avec la cocaïne mis en avant par les usagers rencontrés est rarement l'addiction elle-même, mais toujours une conséquence de l'usage, plutôt accidentelle (surdosage), ou des conséquences sociales ou encore des complications somatiques en lien avec les problèmes d'injection.

28. Rappelons que pour le sociologue, le toxicomane est celui qui organise son existence autour de la recherche et de la consommation du produit, Castel, R., *Les sorties de la toxicomanie. Types, trajectoires, tonalités*, GRASS, MIRE, Paris, 1998, 303 p.

29. Voir aussi la notion de "ligne biographique dominante" chez Ogien A., *Sociologie de la déviance*, Paris, Armand Colin, 1995.

- Ce sont les problèmes d'ordre psychique et le craving qui sont considérés comme les troubles les plus préoccupants par les usagers rencontrés dans l'enquête.
- Les symptômes de la sphère cardiopulmonaire ou les migraines sont souvent interprétés comme des conséquences « normales » de l'usage de cocaïne.
- De façon générale, les usagers méconnaissent les risques d'ordre somatique liés aux consommations de cocaïne.
- La méconnaissance de la réalité physiologique des « accidents » cardiovasculaires et vasculaires cérébraux liés à la consommation de cocaïne, conduit souvent les usagers à ne pas consulter. L'absence de diagnostic ne permet pas de modifier une consommation qui, en se poursuivant, accentue la fragilité de l'état cardiovasculaire et vasculaire cérébral.
- Dans les représentations des usagers, la dépendance à la cocaïne n'est pas de même nature que la dépendance aux opiacés. L'absence de dépendance « physique » de la cocaïne tend à ne pas en faire une maladie comme pour l'héroïnomanie. Cette représentation a des conséquences majeures sur l'accès aux soins spécialisés des usagers de cocaïne.

1. Garbaz, L., Mispelaere, D., Boutemy, M., Jounieau, V., Pneumothorax et inhalation volontaire de protoxyde d'azote, *Revue des maladies respiratoires*, 2007, vol. 24, n°5, Masson, pp. 622-624.
2. Vilayleck, E., *Les mots du corps dans la tradition martiniquaise*, Paris, L'Harmattan, 1999, 225 p.
3. Douglas, M., *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, La Découverte, Poche, 2001.
4. 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*, érès, 2002, 63-77 p.

## **DU POINT DE VUE DES USAGERS QUELS SONT LES BESOINS QUI NE SONT PAS COUVERTS PAR L'OFFRE DE SOIN ?**

---

De façon générale, nous n'avons pas recueilli beaucoup de matériaux susceptibles de répondre à cette question. L'usage de cocaïne n'étant pas envisagé comme un problème de toxicomanie superposable au modèle des opiacés qui organise les réponses à partir desquelles les usagers construisent leurs représentations et une bonne partie de leurs croyances en matière d'aide, il leur est difficile de parler de besoins dont les réponses sont impensables. On se heurte ici, à la dialectique de l'offre et de la demande. Pour la cocaïne, l'offre n'est pas réellement perçue par les usagers, il est par conséquent difficile d'élaborer une demande. La logique est que puisqu'il n'y a pas de réponse, il n'y a pas de problèmes... pensables. Car comme nous l'avons vu, dans le réel, les problèmes ne manquent pas. Les besoins restent à déduire à partir des descriptions des usagers, car l'absence de discours sur les problèmes que pose la cocaïne en France ne permet pas aux usagers de penser leurs besoins.

### **BESOINS LIÉS À LA RÉDUCTION DES RISQUES**

Les usagers rencontrés n'ont pas exprimé de besoins particuliers en matière de réduction des dommages. Pour les injecteurs, la politique de réduction des dommages mise en place pour les héroïnomanes a développé des réponses connues des usagers qu'ils utilisent aussi pour la cocaïne. Pour la forme base fumée, les usagers n'ont pas exprimé de besoins spécifiques, que ce soit parmi les usagers rencontrés dans le nord de Paris ou à la Mangrove en Martinique. Toutefois, au travers des discours, on remarque que certains usagers développent des stratégies personnelles de réduction des risques. En ayant par exemple deux pipes pour fumer, une qu'ils prêtent et une personnelle qu'ils ne prêtent pas, chacune étant rangée dans des poches différentes respectivement à droite et à gauche des vêtements de la personne de façon à ne « jamais » se tromper.

Ou comme cet usager martiniquais qui, ayant connu le crack « en métropole » utilisait un doseur à usage personnel. « *Un doseur, mais je ne prêtais pas aux gens parce que vous savez la pipe qui passe de bouche en bouche... J'ai toujours gardé quand même ce petit truc-là (...) Mais tout en étant avec les autres (...), j'étais considéré comme un peu à part, (...) à cause de ça, (...) on m'a surnommé "le français"...* » Au travers de ces exemples, on mesure le souci des usagers à « faire attention », qui trouverait à prendre appui sur des actions plus directement centrées sur la réalité de leurs pratiques.

Il n'y a pas en Martinique de distribution de matériel de réduction des dommages pour fumer le crack comme une association à Paris le propose de façon expérimentale. Pour Paris, notons que les usagers avaient été particulièrement engagés dans la mise en place de l'expérimentation du « *Kit-base* »<sup>1</sup>.

## RÉPONSES AUX ÉPISODES COMPULSIFS

Si les usagers n'ont pas exprimé de façon explicite de besoins concernant les sorties d'épisodes intenses de consommation compulsive, de nombreuses descriptions de leur situation de détresse et des difficultés à trouver des réponses à ces situations conduisent à formuler pour eux ce besoin. En effet, sans reprendre les exemples que nous avons donnés précédemment, rappelons-nous que ce sont ces moments qui concentrent les problèmes sanitaires et sociaux les plus importants, conjuguant troubles psychiatriques, problèmes avec l'entourage, problèmes financiers, professionnels, etc. Actuellement, quelques services psychiatriques plus ou moins adaptés répondent avec quelques structures hospitalières spécialisées en addictologie. Au reste, peu de structures semblent répondre, si l'on en croit le matériel recueilli. Les usagers les plus favorisés sur le plan socio-économique sont à même de trouver sur le plan familial, social ou dans des établissements privés des réponses à ces situations, ce n'est évidemment pas le cas pour les autres consommateurs, sans parler des plus précaires pour qui, en dehors de la psychiatrie, les solutions sont rares<sup>2</sup>.

Il va de soi que la réponse à la crise n'est pas la solution à l'addiction et il convient de distinguer, dans une logique de réduction des dommages, entre différents niveaux de réponses qui, dans l'idéal, restent articulables. Ainsi, des « mises au vert », y compris sur de courtes durées seraient autant d'occasions offertes au consommateur débordé par sa consommation compulsive de prendre soin de lui sur différents plans de sa santé, de faire du lien avec les dispositifs et l'ensemble des réponses existantes et d'ouvrir un espace de réflexion sur ses

1. Rapport d'évaluation du " Kit-Base ", EGO, novembre 2004

2. Pour ce public, même en psychiatrie, les réponses restent rares.

motivations à poursuivre ses consommations ou à engager des actions de changement. Ce type de dispositif à seuil adapté d'exigence, pourrait trouver à se décliner dans des modalités concrètes très différentes selon les dispositifs locaux, sans avoir à répondre encore à des demandes très nombreuses, quoique probablement en évolution dans les années à venir.

## UNE SUBSTITUTION POUR LA COCAÏNE

La représentation d'un modèle de la dépendance que « l'on ne peut pas arrêter » et la réponse moléculaire qui vient suppléer une fois l'addiction en place, poussent quelques usagers à demander un « médicament » comme il en existe pour l'héroïne. « *Faut trouver vraiment le produit miracle, franchement, pour que les gens, ils arrêtent tout ça. Comme je disais, le meilleur moyen, c'est de ne jamais commencer. C'est comme tout, c'est comme la cigarette ; si on commence, après c'est l'engrenage.* »

Pour certains usagers de crack dans la précarité et pour qui la question du coût de la consommation est « un réel problème », un produit de substitution pour la cocaïne serait avant tout « une solution économique ». L'un d'entre eux, qui s'est exprimé sur le sujet, ne cache pas l'intérêt qu'il trouverait dans ce type de réponse. « *C'est vrai, quand on voit les choses (...) en face, c'est vraiment un gros problème. Parce que ce qu'il y a de plus dangereux, c'est, en fait de ne pas avoir de traitement au crack, contre le crack, quoi. Parce que (...) je ne peux pas consommer du crack tous les jours. Ça coûte beaucoup trop cher. (...) Alors c'est pour ça qu'il faut un traitement, un traitement qui équivaut à ce produit. (...) un traitement médical, bien sûr. (...) s'il y a un traitement pour ce produit-là, moi, ça me conviendrait super bien. (...) ça me fera des économies, (...) mais bon, en dehors des économies, en dehors de l'argent, en dehors de ça, pour ma santé, quoi.* »

Un usager toulousain a pris la mesure de cette question et s'il souhaite que des traitements puissent à l'avenir se mettre en place, il suggère que des précautions soient prises pour éviter les primo usages : « *je pense à un contrôle qui serait un peu plus dur que le programme du Subutex®, parce que le Subutex®, à un moment, t'en trouves partout. Il y a même des gens qui ne connaissent pas l'héroïne et qui se sont défonceés au Subutex® ; donc pour la coke, je pense qu'il faut un truc bien encadré aussi, sinon tout le monde va commencer au lieu de prendre de la coke, (en prenant) le produit de substitution légal, donc c'est pas bon non plus.* » On le voit, certains usagers sont déjà dans les débats de fond qui travaillent depuis le début les questions que posent les médicaments de substitution et leurs finalités prises entre traitement des addictions, réductions des dommages et usages médico-légalisés des substances psychoactives.

Mais, à la différence des demandes que l'on pouvait recueillir auprès des usagers avant la mise en place des traitements de substitution des opiacés, cette

demande d'une « *substitution de la cocaïne* » n'est pas systématique et peu d'usagers nous en ont parlé. On peut se demander, si la plupart de ceux que nous avons rencontrés n'établissent pas une différence de nature entre l'addiction aux opiacés et à la cocaïne et si, de ce fait, ils n'ont pas l'intuition que les réponses ne peuvent être identiques ? Ou est-ce l'absence actuelle de réponse moléculaire substitutive spécifique à la cocaïne qui ne permet à cette demande de se constituer ? Quoi qu'il en soit, les consommateurs rencontrés sont encore loin des subtilités neuro-psychopatho-pharmacologiques qui nourrissent le débat des experts.

### **DU POINT DE VUE DES USAGERS QUELS SONT LES BESOINS QUI NE SONT PAS COUVERTS PAR L'OFFRE DE SOIN ? POINTS CLÉS DE L'ENQUÊTE :**

- L'étude a peu recueilli d'éléments sur les besoins qui ne sont pas couverts par l'offre de soin. Une offre de soin qui reste peu lisible pour les usagers de cocaïne que nous avons rencontrés.
- Sur la question de la réduction des risques, le développement de matériels originaux type kit-base, est repéré par les usagers comme intéressant.
- Si les usagers n'ont pas exprimé de façon explicite de besoins concernant les sorties d'épisodes intenses de consommation compulsive, de nombreuses descriptions de leur situation de détresse et des difficultés à trouver des réponses à ces situations conduisent à interroger ce besoin.
- Un traitement de substitution a été peu évoqué, des réponses pour lutter contre le craving l'ont été plus souvent.

## QUELLES DIFFICULTÉS RENCONTRENT-ILS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SOLLICITÉS ?

### **PARLER DES PROBLÈMES DE COCAÏNE NE VA PAS DE SOI**

En dehors, des problèmes inhérents à toute forme de relation thérapeutique ou de prise en charge médicale ou médico-sociale, les difficultés spécifiques que les usagers rencontrent tant avec des acteurs du champ non spécialisé que spécialisé en addictologie, ou qu'auprès des médecins généralistes, qui soient suffisamment significatives, concernent la possibilité ou l'impossibilité de parler de leur consommation et de leurs problèmes en lien avec la cocaïne. Cette difficulté est une clé de voûte de nombreux problèmes d'accès aux soins et de qualité des soins pour ces patients.

L'analyse de l'ensemble du matériel recueilli chez les usagers et confirmé chez les acteurs, fait apparaître de façon constante cette difficulté fréquente à parler de façon précise des problèmes de cocaïne entre patient et soignant, en dehors, bien entendu, de situations thérapeutiques explicitement organisées par une demande d'aide centrée sur l'usage de cocaïne. Autant le dire d'emblée, il s'agit bien de la difficulté à en parler ensemble, car si les usagers ne sont pas, pour de multiples raisons que nous allons examiner, prompt à ouvrir le dialogue sur leurs problèmes en lien avec l'usage de cocaïne, les soignants ne s'emploient pas souvent à le favoriser. Il convient toutefois, de distinguer les situations des médecins généralistes de celles des acteurs (médecins ou non) intervenants dans des CSST et d'autre part de savoir si la prescription d'un médicament de substitution aux opiacés est en jeu dans la relation thérapeutique. Ce non-dit sur les consommations de cocaïne est un problème majeur de l'accès aux soins pour des problèmes en lien à l'usage de cocaïne. Une partie des facteurs en cause dans cette situation est à situer du côté des patients, une autre du côté des acteurs sanitaires.

Pour un intervenant de l'association ASUD<sup>1</sup> par exemple, l'idée de parler de ses problèmes de cocaïne dans un CSST ne fait pas partie des habitus anciens des usagers de drogue, qui visiblement perdurent encore actuellement pour bon nombre d'entre eux. « *Les CSST, il y a dix ou vingt ans, ce n'était pas du tout identifié à cocaïnomanie. (...) moi j'en ai connu, jamais de la vie ils ne seraient allés dans un CSST, sauf si après ils avaient d'autres problèmes et qu'ils prenaient de l'héro aussi. Donc ce n'était pas identifié. Les gens, de toute façon, ils ne pensaient pas qu'on se soigne de la cocaïne !* » Le lieu n'est pas identifié comme susceptible d'accueillir une parole sur ce type de problème, et même, il n'y a pas lieu d'en parler, puisqu'on ne se soigne pas de la cocaïne. C'est effectivement un enjeu actuel en France : modifier les croyances des consommateurs et des acteurs de santé pour que les problèmes de cocaïne : il y ait lieu d'en parler.

Polytoxicomane ou pas, il existe aussi cette croyance chez les usagers de cocaïne que les soignants n'ont comme réponse aux problèmes de toxicomanie que la prescription d'opiacés. De ce fait, pour un certain nombre de ceux que nous avons rencontrés, demander une aide médicale ou spécialisée ne va pas de soi. « *C'est un peu difficile d'aller voir un médecin pour lui dire « je suis en redescende de coke, je vais trop pas bien, qu'est-ce que je fais ? » Alors que si tu as de l'héro, il me filerait de la méthadone ou des trucs comme ça... Je n'en vois pas l'utilité en fait, je préfère m'en sortir tout seul.* » D'ailleurs, comme le dit un consommateur de crack parisien, « *c'est pas évident d'aller voir un médecin si on n'est pas dépendant de l'héro* ».

Certains pensent qu'il n'y a pas d'autre réponse pour l'utilisateur qui a un problème avec le crack que de prendre des traitements de substitution. C'est du moins ce que pense un usager de crack ancien héroïnomanie rencontré à Paris dans une structure de première ligne. Pour lui, arrêter le crack : « *c'est très difficile. Il aurait fallu que je reprenne de la méthadone ou de la connerie comme ça. (...) Moi c'est ce que j'ai compris.* » C'est d'ailleurs une solution à laquelle ont recours de nombreux usagers de cocaïne qui « *passent* » ou « *repassent* » par les opiacés pour démarrer des soins spécialisés. Bien souvent, il s'agit d'héroïne, mais ça peut être aussi, le Subutex®, la méthadone ou les sulfates de morphine qui deviennent alors un « *problème* » dont peut se saisir le dispositif.

## **LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS NE FACILITENT PAS TOUJOURS LA PAROLE SUR LES CONSOMMATIONS DE COCAÏNE**

Plusieurs témoignages d'utilisateurs vont dans le sens de taire les problèmes de cocaïne aux intervenants qu'ils rencontrent dans le cadre d'une prescription

1. Association autosupport des usagers de drogues

d'un TSO. La crainte d'une exclusion de protocole qui stopperait la prescription des traitements de substitution est souvent avancée pour légitimer ce silence. On peut imaginer à partir de la connaissance des positionnements thérapeutiques des centres que nous avons rencontrés que cette crainte n'est pas toujours fondée, et que d'autres paramètres tels que le souhait de ne pas « *décevoir* » les soignants ou la difficulté à se présenter comme « *toujours dans la came* » peuvent faire obstacle pour certains.

Ce n'est pas le cas dans tous les lieux de soins, mais il semble que cette représentation d'une parole « *impossible* » lorsque l'utilisateur bénéficie d'un TSO soit présente chez bon nombre d'utilisateurs. Comme l'explique un consommateur parisien : « *Il y a des CSST où il y a des médecins qui sont capables d'entendre qu'il y a d'autres consommations que la méthadone et avec qui les patients peuvent aussi en parler librement, mais c'est pas le cas partout* ». Un silence sur cette question s'équilibre entre le patient qui ne peut pas en parler et le soignant qui, s'il en parle, doit reconstruire un nouveau positionnement thérapeutique.

Tout se passe comme si certains utilisateurs fonctionnaient pour leurs problèmes de consommation de façon clivée avec le centre de soins spécialisé. Ils parlent de leur problème en rapport avec leur médicament de substitution opiacé, mais pas de leur problème en lien avec la cocaïne. « *J'ai remarqué que dans le centre où je vais, (...) il ne semble pas qu'il y ait des gens qui viennent pour des problèmes spécifiquement de cocaïne parce que tous les gens que je vois appellent pour avoir une substitution aux opiacés* ».

## **MÉDECIN GÉNÉRALISTE – USAGER DE DROGUES : UNE RELATION COMPLEXE QUI PEUT FAIRE OBSTACLE AU DIALOGUE SUR LA COCAÏNE**

Les utilisateurs peuvent à un moment parler à un médecin de leurs symptômes en lien avec la cocaïne sans pour autant dire qu'ils en consomment. Mais, comme nous l'avons vu, en interrogeant les acteurs, de nombreux professionnels n'en parlent pas non plus. De fait, la situation thérapeutique se verrouille par ce non-dit. Un utilisateur explique : « *À l'époque j'allais voir des médecins, je leur disais que je voyais des bestioles, mais je ne leur disais pas que je prenais de la coke. Mais bon, les mecs donc ils me filaient – je sais plus comment s'appellent les produits mais –, ils me filaient des poudres à mettre sur les matelas pour se débarrasser des bestioles ; mais ils me prenaient pour un dingue* ». Pour autant, à cette époque, aucun médecin ne lui a posé la question de l'usage de cocaïne.

Il y a chez bon nombre d'utilisateurs, une catégorisation des médecins selon ce qu'ils souhaitent obtenir d'eux et le niveau de crédibilité qu'ils leur accordent. De façon caricaturale : il y a ceux avec qui l'utilisateur essaie de se soigner et ceux auprès de qui il se « *fournit* ». « *J'essayais de ne pas aller voir des médecins que je connaissais, parce qu'il y a plusieurs types de médecins ; il y a les méde-*

*cins que tu respectes, que tu vas voir, avec une ordonnance et que t'essaies de t'y plier et tout, puis il y a des médecins... »*

Mais, parler de cocaïne implique de pouvoir être entendu. Certains usagers ont fait cette expérience que parler à un médecin généraliste de consommation de cocaïne lorsqu'ils pensaient que ça pouvait avoir un lien avec leur problème de santé, peut produire une réaction de fermeture à leur égard. Un enquêteur ethnographique TREND (Paris) rapporte à ce propos deux observations. Dans la première, il s'agit d'une jeune femme qui consulte un médecin généraliste : *« pourtant une nana bien, une école de journaliste, (...) brillante, bien, curieuse, éduquée, vive... Elle, c'était des histoires gynécologiques (...) elle avait des mycoses, (...) et elle ne pouvait pas en parler au toubib. Elle a essayé d'en parler au toubib (...) Elle lui avait dit : "j'ai des problèmes, j'ai des mycoses, c'est lié à la coke, je pense..." et le toubib : "Ah non, je ne peux rien faire, il faut aller voir une consultation spécialisée en addicto"... »*

Dans un autre cas, il s'agissait de problème digestif chez un consommateur du milieu festif techno. Lorsque l'utilisateur a expliqué au médecin qu'il avait pris de la cocaïne dans une fête techno, il a pris peur et n'a pas voulu lui prescrire un médicament pour traiter symptomatiquement ses problèmes de diarrhée. Crainte du « *drogué manipulateur* » ? D'avoir des problèmes ?

Pour un usager parisien, la difficulté à pouvoir parler avec les médecins généralistes tient à leur manque de compétence sur les problèmes addictologiques et plus particulièrement en ce qui concerne la cocaïne : *« Les médecins, faudrait déjà les former pour qu'on puisse en parler avec eux ; il y a des carences à ce niveau-là, c'est clair »*.

Mais les rapports entre médecin généraliste et patient « *toxicomane* » ont toujours été complexes. Si la substitution est un élément qui a modifié la dynamique relationnelle médecin-patient, elle n'a pas simplifié pour autant les relations thérapeutiques. Crédibilité, légitimité, reconnaissance, empathie, restent au centre de la relation thérapeutique qui peut à tout moment être remise en cause.

## **MÉCONNAISSANCE, INCOMPRÉHENSION ET FATALISME**

Une méconnaissance de la phénoménologie de la cocaïne est aussi un obstacle au dialogue entre soignant (généraliste, spécialistes ou CSST) et consommateur de cocaïne. Ainsi, une croyance née de rencontres avec les soignants spécialisés est que, mis à part quelques intervenants, en général, *« ils n'y comprennent pas grand-chose aux problèmes de cocaïne »*. *« Les spécialistes ! J'en ai vu deux ou trois ouais, ils savent pas ce que c'est. Ils comprennent pas. L'héro, ils la connaissent quand même un peu, c'est physique (...) Mais là, ce qu'il y a là-dedans (la tête), non, ils comprennent pas, ils comprennent pas. Malheureusement, ils arrivent pas à comprendre. (rire). »* On retrouve ici cet assemblage entre le schème du « *besoin physique* » propre aux opiacés

et « *l'envie tyrannique* » propre à la cocaïne. Pour les usagers, le système de soins spécialisés se situerait dans la réponse aux besoins physiques et serait dans l'incapacité d'appréhender la dépendance psychique que peut engendrer la cocaïne. La mise en place de la substitution et les discours qui l'ont accompagné participent de cette identification : la solution de la toxicomanie est dans la réponse moléculaire au manque physique. C'est comme si pour certains usagers, le dispositif spécialisé se trouvait identifié à cette profession de foi. Finalement, avec la cocaïne, on peut mesurer l'image que les usagers ont du dispositif actuel de soin au toxicomane : un système centré et organisé autour des opiacés et dont l'approche consiste essentiellement à répondre à la dépendance envisagée dans sa dimension essentiellement physique. Dans le cadre de ce système de croyances, en effet, le dispositif ne peut pas faire grand-chose pour les usagers compulsifs de cocaïne.

Les descriptions des états que traversent les usagers de cocaïne, les problèmes qu'ils peuvent être amenés à vivre sont d'une nature très différentes de ceux plus connus que l'on rencontre avec les opiacés. D'autant que cette méconnaissance peut engendrer de la suspicion de la part du soignant envers le patient, dans la mesure où le soignant ne peut indexer les propos du patient dans une catégorie de savoir, un doute s'installe sur le statut de ce qu'il raconte. « *Ils savent pas vraiment... puis c'est assez particulier... les trois-quarts du temps les gens, ils ont l'impression que tu mythones... (...) parce que comme tu veux des cachets et des trucs... Les gens, ils se disent ouais, il est en train de faire tout un flan, il me raconte qu'il se shoote à ci, qu'il se shoote à ça, j'avais jamais entendu, je suis pas sûr, il me raconte des conneries... (...) Puis tu le vois bien, j'ai encore des traces (points d'injection). (...) Je dis : "mais c'était pas de l'héroïne, c'était de la cocaïne", les gens y connaissent pas* ». On peut imaginer qu'à une époque où la cocaïne était moins disponible, les cas de consommation intensive et compulsive étaient moins fréquents et que par conséquent les descriptions de ces situations étaient plus exceptionnelles. Mais, plus la diffusion de la cocaïne est en augmentation, plus des situations de ce type seront banales, il est donc important que les praticiens s'y familiarisent. Car ce qui était assez rare à une époque où la diffusion de la cocaïne était moindre est plus fréquent dans une période où sa disponibilité augmente.

Si le sentiment de ne pas être compris est un facteur de blocage pour parler de cocaïne, il faut aussi y ajouter un sentiment de fatalisme. À quoi bon parler de son addiction à la cocaïne puisqu'en l'absence de réponse moléculaire, les médecins n'ont rien à proposer. Cette croyance des usagers qui résultent d'interactions récurrentes avec le dispositif détermine en partie leur silence.

## **QUELLES DIFFICULTÉS RENCONTRENT-ILS AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SOLLICITÉS ? POINTS CLÉS DE L'ENQUÊTE :**

- Pour les polytoxicomanes en lien avec le dispositif de soins spécialisés par la prescription de médicaments de substitution aux opiacés, l'idée de parler de ses problèmes de cocaïne ne fait pas partie des « habitus ». Les lieux de soins ne sont pas systématiquement identifiés comme susceptibles d'accueillir une parole sur ce type de problème ; et voir même, ils ne sont pas le lieu pour en parler, puisqu'on ne « se soigne » pas de la cocaïne et qu'il n'y a pas de traitement.
- Bénéficier d'un traitement de substitution aux opiacés peut être un frein à la déclaration de ses problèmes de consommation de cocaïne, car l'usage est envisagé (souvent à tort) comme un motif d'exclusion du protocole.
- La médecine générale est en difficulté avec la prise en charge des usagers de cocaïne car aucune thérapeutique n'est clairement identifiée. Cette absence de réponse repérable fait obstacle aux demandes des usagers.
- La méconnaissance du problème de compulsivité en lien avec la phénoménologie de la cocaïne est envisagée par les usagers comme une méconnaissance du problème de la part de certains acteurs spécialisés. De ce fait, les usagers qui ne perçoivent pas de possibilité de réponse de la part de ces acteurs ne construisent pas de demande.

## CONCLUSION

---

Cette étude qualitative exploratoire est la première en France à interroger, à partir des observations des professionnels de santé et du point de vue des usagers, les problèmes sanitaires et sociaux en lien avec l'usage de cocaïne. Le matériau recueilli décrit de multiples problèmes déjà montrés par la littérature internationale, mais cette fois inscrit dans une dimension locale, concrète, « incarnée ». Elle témoigne des dommages de l'usage problématique de cocaïne en France, dans une période d'augmentation sensible de sa diffusion. Ces descriptions devraient permettre de réviser certaines croyances et représentations concernant l'usage de cocaïne et les conséquences qu'elle induit qui sont loin d'être banales. Cependant, ces résultats d'ordre qualitatif ne nous 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 elle rend compte aussi des logiques qui œuvrent pour que bien souvent on ne se rencontre pas. De fait, plusieurs hypothèses se proposent d'expliquer comment croyances et représentations des acteurs et des usagers concourent à ne pas voir ou interroger ce qui ne se dit pas ou ne peut pas se dire.

Pour autant, des usagers viennent parfois demander de l'aide pour les problèmes qu'ils rencontrent et des soignants tentent de répondre avec différents moyens, n'hésitant pas pour certains à expérimenter de nouvelles réponses. 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 comment, si la cocaïne renouvelle la figure du toxicomane, elle donne aussi une opportunité au système de soins spécialisés de poursuivre en profondeur les mutations engagées il y a quelques années.

## BIBLIOGRAPHIE

### **Expertise, méta analyse, synthèse, revue de la littérature, étude transdisciplinaire**

EMCDDA, Treatment of problem cocaine use. A review of the litterature, ISBN 92-9168-274-8.

EMCDDA, 2007 selected issue — Cocaine and crack cocaine : a growing public health issue, Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities 2007, 30 pp.

Guérot, E., Sanchez, O., Diehl, J.L., Fagon, J.Y., Complications aiguës dans l'usage de cocaïne, annale de médecine interne, 2002, 153, supplément au n°3, pp. IS27-IS31, Masson.

NIDA ; Nationale Institute on Drug Abuse ; LESHNER A. I., 25 Years of discovery to advance the health of the public, Sixth Triennial Report to Congress on drug use and drug use research, Bethesda (MD), NIDA, 1999, 82 p.

NIDA, Cocaine Abuse and Addiction, Reserch report series, NIDA, novembre 2004.

Norton, G.R., et al., L'usage de la cocaïne, recommandations en matière de traitement et de réadaptation, pour la stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada, 2001.

Ragoucy-Sengler, C., et al., Cocaïne chlorhydrate ou cocaïne base ou crack : quelles différences ?, Psychotropes, vol 9, -2003/2.

Ragoucy-Sengler, C., et al., Caractéristiques cliniques de la toxicomanie au crack, Toxicorama, vol XI, n°4, 1999.

RESTIM. Clinique et thérapeutique des psychostimulants : inventaire et perspectives, Actes du colloque, RESTIM, Boulogne-Billancourt, 6 décembre 2000, Boulogne-Billancourt, RESTIM, 2001, 110 p.

Roques, B., Rapport sur la dangerosité des drogues, documentation française, 1998.

Sansfaçon, D., et Coll., Drogues et dommages sociaux, revue de la littérature internationale, OFDT, Juin 2005, 456 p.

Thematic Report Drug Monitor, The Netherlands, Treatment of Problematic use of drugs, State of the Art for evidence based and other interventions, 2004

Véléa, D., Caro, F., Nouvelles pistes pour la prise en charge de la cocaïne, in *Cocaïne, Actualité Cliniques, Revue Toxibase* n°21, 1er trimestre 2006.

## **Addictologie et dispositifs de prise en charge**

Ahmed, S., De l'usage de cocaïne à l'addiction : modélisation expérimentale et neurobiologie. *Courrier des Addictions (Le)*, 2006, 8, (2), 62-66.

Angel, P., Richard, D., Valleur, M., et al., *Toxicomanies*, Masson, 2000.

Ballon, N., Lacoste, J., Charles-Nicolas, A., *Cocaïne et Crack*, Reynaud, M., (sous la direction de), *Traité d'addictologie*, Flammarion, 2008, pp. 598-607

Ballon, N., et coll., Profils de toxicomanes au crack suivis à Fort-de-France. *Courrier des Addictions (Le)*, 2000, 2, (4), 168-170.

Bergeron, H., *L'État et la toxicomanie : histoire d'une singularité française*, PUF.

Bourin, M., *Bases Pharmacologiques de la dépendance et de la substitution*, Dépendances, 1995.

Charles-Nicolas, A., Le craving n'est pas le manque, *Le Courrier des Addictions*, 1999, 1, 8-12.

Circulaire DGS/DH n° 96/239 du 3 avril 1996

Coppel, A., *Peut-on civiliser les drogues ?*, La découverte, 2002.

Conférence de consensus : Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution, ANAES, t.1, t.2, et document de travail groupe bibliographique.

Gibier, L., *Prises en charge des usagers de drogues*, Doin, 1999.

Hoffman, J.A., et al., « Profiles of Clients in Government-funded Drug User Treatment Setting », *Substance Use & Misuse*, 31 (1996), p. 453-477.

Inaba, D.S, Cohen, W.E., Excitants, calmants, hallucinogènes : effets physiques et mentaux des drogues et autres produits actifs sur le psychisme. Padova, Piccin, 1997, 383p.

Jacques, J.P., *Pour en finir avec les toxicomanies*, De Boeck, 1999.

Lowenstein, W., *Ces dépendances qui nous gouvernent. Comment s'en libérer ?*, Calmann-Lévy, Paris, 2005, (Coll. Sciences Humaines et Essais), 298 p.

Mangon, E., *Qui sont les toxicomanes au crack ? Etude de 83 usagers de crack à la Martinique à partir de l'Addiction Severity Index*. Thèse de médecine, N°3013, Univ. Bordeaux 2 Victor Segalen, 1999, 163 p., ann., tabl.

Maremmani, I., et coll., *Double diagnostic chez les héroïnomanes. Aspects cliniques et thérapeutiques*, *Flyers*, Hors série N° 3, vol 1, septembre 2004., p. 22-24.

Parquet, P.J., et coll., *Conduites addictives : comment les prendre en charge*. *Revue du Praticien (La)*, 2003, 53, (12), 1291-1342.

Pommier, F., Toxicomanie, Psychiatrie, Sida, Rapport DGS, 1995.

Tamgac, C.F. et coll., La cocaïne : de la toxicomanie à l'imagerie fonctionnelle. Ombres et lumières. Méd. Nucl., 1997, 21, 6-14.

Tidey, et coll., Psychiatric symptom severity in cocaine-dependent outpatients : demographics, drug use characteristics and treatment outcome. Drug and Alcohol Dependence, 1998, 50, (1), 9-17.

Touzeau, D., Jacquot, C., Les traitements de substitution pour les usagers de drogues, Arnette, 1997.

Valleur, M., le jeu pathologique, PUF, 1997.

Valleur, M., Champs d'intervention entre psychiatrie et toxicomanie. Santé Mentale, 2002, (70), 44-48.

Vénisse, J.L., Bailly D., addictions : quels soins ? Masson, 1997.

Wieviorka, S., Les toxicomanes, Seuil, 1995.

Wieviorka, S., Les toxicomanes ne sont pas tous incurables, Seuil, 1997.

### **Approches psychothérapeutiques**

Azrin, N.H., et al., Behavior therapy for drug abuse : a control treatment outcome study. Behavioral Research & Therapy, 32, 8, 857-866.

Benkimoun, P., L'INSERM propose une évaluation contestée des psychothérapies, Le Monde, 25 février 2004.

Carroll, K. M., et al., Choosing a behavior therapy platform for pharmacotherapy of substances users, Drug and alcohol dependence, 75, 123-134.

Carroll, K.M. et coll., Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients : a randomized placebo-controlled trial. Archives of General Psychiatry, 2004, 61, (3), 264-272.

Carroll, K.M., A Cognitive-behavioral approach : treating cocaine addiction, Therapy Manuel for Drug Addiction, Manuel 1, NIDA, 1998.

Freda, H., Quatre remarques de Jacques Lacan à propos de : la drogue, l'intoxication et la toxicomanie, Mémoire présenté pour le DEA, Université Paris VIII, département de psychanalyse, 1989.

INSERM, expertise collective, Psychotérapie, Trois approches évaluées, les Éditions INSERM, 2004.

Marlatt, G.A., Gordon, J.R., Relapse Prevention : Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. 1995, New-York : Guilford Press.

Marlow, D.B., Impact of Comorbid Personality Disorder & Personality Disorder symptoms on outcomes of Behavioral Treatment for cocaine dépendence, Journal of Nervous and Mental Disease, vol 185, n°8 (1997), p. 483-490.

Meyer, C., (sous la direction), le livre noir de la psychanalyse, Les arènes, 2005.

Miller, W.R., Rollnick, S., l'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement, (traduction française) Lécallier, D., Michaud, P., InterEditions, 2006.

NIDA, A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach : Treating Cocaine Addiction, Therapy Manuel for Drug Addiction, Manuel 2, 1998.

NIDA, Drug Counseling for Cocaine Addiction : the Collaborative Cocaine Treatment Study Model, Therapy Manuel for Drug Addiction, 2002.

NIDA, Individual drug Counselling : Treating Cocaine Addiction, Therapy Manuel for Drug Addiction, 1995.

Petry, N.M., Stilzer, M.L., Contingency Management : Using Motivational Incitatives to Improve Drug Abuse Treatment, Yale University Psychotherapy Developpement Center, Training series n°6.

Le Poulichet, S., « Toxicomanies et psychanalyse : les narcoses du désir », dir. Fédida, P., PUF, coll. Voix nouvelles en psychanalyses, Paris, 1987.

Verdiglione, A., Drogue et langage, Traces, Payot, 1977.

Zafiroopoulos, M., Le toxicomane n'existe pas, Analytica, Navarin, 1988.

### **Complications cardiovasculaires**

Bayorh, M.A., Effect of cocaine on salt-induced hypertension in salt-sensitive rats. Research Communications in Alcohol and Substances of Abuse, 1997, 18, (3/4), 93-108.

Castelain, V., Lavigne, T., Jaeger, A., Schneide, F., Manifestations cardiovasculaires des substances récréatives : alcool, cocaïne, amphétamines, ecstasy, héroïne et cannabis. Revue la Réanimation, 2005.

Chakko, et coll.. Frequency and type of electrocardiographic abnormalities in cocaïne abusers. (elctrocardiogram in cocaine abuse) AM J Cardiol 1994 ; 74 : 710-13.

Derlet, R.W., Horow, B.Z., Cardiotoxic drugs. Advances and Updates in Cardiovascular Emergencies, 1996, 13, (4), 771-791.

Guiraudet, O., Hemery, Y., Revel, F., Ollivier, J.P., Coeur et cocaïne. (Cardiac complications of cocaine). Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux, 2001, 94, (6), 600-604.

Heesch, C., et coll., Cocaine activates platelets and increases the formation of circulating platelet containing microaggregates in humans, Heart, 2000, (83), 688-695.

Hollander, J.E., in the management of cocaine-associated myocardia ischémia, New england journal of medecine, 1995, 333, 1267-72.

Kloner, R.A., et coll., Cocaine and the heart. New England Journal of Medicine, 2003, 348, (6), 487-488.

Lange, R.A., Hillis, L.D., Cardiovascular complications in cocaine use, New England Journal Medicine 2001 ; 345 351-8.

Lepère, B., Cardiovascular complications of cocaine use : recent point on cocaethylene toxicity, Ann. Med. Interne, 2002, 153. Suppl. au n°3, pp. 1545-1546.

Patrizi, R., et coll., Evidence of cocaine-related coronary atherosclerosis in young patients with myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 2006, 47, (10), 2120-2122.

Pozner, C.N., et coll., Coeur et cocaïne. *Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux*, 2001, 94, (6), 600-604.

Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R., Hopkins, L.N., Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke. *Circulation*, 2001, 103, (103), 502-506.

Satran, A., et al., Increased prevalence of coronary aneurysms among cocaine users, *Circulation*, American Heart Association, 2005.

The cardiovascular effects of cocaine. *Journal of Emergency Medicine*, 2005, 29, (2), 173-178.

Vayre, F. et coll. Cocaïne et cœur : une réalité clinique. *Archives des maladies du coeur et des vaisseaux*, 1996, 89, (1), 85-89.

Weber, J.E., Shofer, F.S., Larkin, G.L., Kalaria, A.S., Hollander, J.E., Validation of a brief observation period for patients with cocaine-associated chest pain, *New England Journal of Medicine*, 2003, 348, (6), 510-517.

Weber, J.E. et coll., Validation of a brief observation period for patients with cocaine-associated chest pain, *New England Journal of Medicine*, 2003, 348, (6), 510-517.

### **Complications neurologiques**

Bauer, L.O., Frontal, P., 300 decrements, childhood conduct disorder, family history and the prediction of relapse among abstinent cocaine abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 1997, 44, (1), 1-10.

Golbe, L.I., Cerebral infarction in a user of free base cocaine (« crack »). *Neurology*, 1986, 36 : 1602.

Guardia, J., et coll., Aplicaciones de las tecnicas de neuroimagen en las conductas adictivas. *Adicciones*, 2000, 12, (3), 395-411.

La Monaca, G., et coll., A case of mutism subsequent to cocaine abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1999, 17, (1-2), 109-112.

Makris, et coll., Decreased absolute amygdala volume in cocaine addicts. *Neurobiology*, 2004, 44, 729-740.

Malcom, R., Amlodipine reduces blood pressure and headache frequency in cocaine-dependent outpatients, *Journal of Psychoactive Drugs*, 2002, 34, (4), 415-419.

Martinot, J.L., Ciumageanu, M., Imagerie cérébrale des maladies mentales, *Neuro-Psy*, 1998, 13, (5), 182-189.

Nolte, K.B. et coll., Intracranial hemorrhage associated with cocaine abuse : a prospective autopsy study, *Neurology*, 1996, 46, 1291-1296.

O'Neil, J., et coll., Separate and interactive effects of cocaine and alcohol dependence on brain structures and metabolites : quantitative MRI and proton MR spectroscopic imaging. *Addiction Biology*, 2001, 6, (4), 347-361.

Pritchep, L.S. et coll., Neurometric QEEG studies of crack cocaine dependence and treatment outcome. *Journal of Addictive Diseases*, 1996, 15, (4), 39-53.

Wetli, et coll., Cocaine associated agitated delirium and the neuroleptic malignant syndrome, *American Journal of Emergency Medicine*, 1996, 14, (4), 425-428.

### **Complications pulmonaires**

Bouchy, J., et al, Hémorragie alvéolaire après inhalation de cocaïne, *La presse médicale*, 13 juin 1992, 21, N°22, Masson ; Fait clinique.

Garbaz, L., Mispelaere, D., Boutemy, M., Jounieau, V., Pneumothorax et inhalation volontaire de protoxyde d'azote, *Revue des maladies respiratoires*, 2007, vol. 24, n°5, pp. 622-624, Masson.

### **Comorbidités psychiatriques**

Back, S., et coll., Cocaine dependence with and without post-traumatic stress disorder : a comparison of substance use, trauma history and psychiatric comorbidity, *American Journal on Addictions*, 2000, 9, (1), 51-62.

Ball, S.A., Schottenfelde, R.S., A five-factor model of personality and addiction, psychiatric, and AIDS risk severity in pregnant and postpartum cocaine misusers, *Substance use & misuse*, 1997, 32, (1), 25-41.

Barber, J.P., et al., Prévalence & Correlates of Personality Disorder Diagnoses Among Cocaine Dependent Outpatient, *Journal of Personality Disorder*, n°10 (1996), p. 297-311.

Batki, S., Harris, D., Quantitative drug levels in stimulant psychosis : relationship to symptom severity, catecholamines and hyperkinesia. *American Journal on Addictions*, 2004, 13, (5), 461-470.

Carpeter, K.M., Hittner, J.B., Cognitive impairment among the dually-diagnosed : substance use history and depressive symptom correlates, *Addiction*, 1997, 92, (6), 747-759.

Chassaing, J.L. et coll., *Ecrits psychanalytiques classiques sur les toxicomanies*. Paris, Editions de l'Association freudienne internationale, 1998, (Le discours psychanalytique), 668p.

Compton, W.M., et coll., The effects of psychiatric comorbidity on response to an HIV prevention intervention, *Drug and Alcohol Dependence*, 2000, 58, (3), 247-257.

Conférence de consensus, Objectifs, indication et modalités du sevrage du patient alcoolodépendant. ANAES, Paris, Maison de la Chimie, 17 mars 1999, *Alcoologie*, 1999, 21, (Suppl. au n°2), 220 p., tabl.

Cornelius, J.R., et coll., Cocaine use associated with increased suicidal behavior in depressed alcoholics. *Addictive Behaviors*, 1998, 23, (1), 119-121.

Falck, R.S., et al., The prevalence and correlates of depressive symptomatology among a community sample of crack-cocaine smokers, *Journal of Psychoactive Drugs*, 2002, 34, (3), 281-288.

Floyd, A.G., et coll., Risk factors for experiencing psychosis during cocaine use : a preliminary report, *Journal of Psychiatric Research*, 2006, 40, (2), 178-182.

Friedman, A.S., et coll., Depression, negative self-image and suicidal attempts as effects of substance use and substance dependence, *Journal of Addictive Diseases*, 2004, 23, (4), 55-71.

Grant, B.F., Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression : results of a national survey of adults, *J Subst Abuse*. 1995 ; 7 (4) : 481-97.

Guillet, H., Coulon, P., Dossier Toxicomanies, *Revue du Praticien (La). Médecine Générale*, 1999, 13, (476), 1755-1772.

Harris, D., Batki, S., Stimulant psychosis : symptom profile and acute clinical course. *American Journal on Addictions*, 2000, 9, (1), 28-37.

Helmus, T.C., et coll., The relationship between self-reported cocaine withdrawal symptoms and history of depression, *Addictive Behaviors*, 2001, 26, (3), 461-46.

Horton, J., et coll., Reliability of substance use disorder diagnoses among African-Americans and Caucasians, *Drug and Alcohol Dependence*, 2000, 57, (3), 203-209.

Karila, L., *Prise en charge des troubles psychiques et des addictions*, Paris, Editions J.-B. Baillière, 2005, 244 p.

Karila, L., *Dépression et addictions, Anxiété, dépression, Phase 5*, 2006.

Kelley, M., Fals-Stewart, W., Psychiatric disorders of children living with drug-abusing, alcohol-abusing, and non-substance-abusing fathers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 43, (5), 621-628.

Kovess, V., The state of mental health in the European Union, A report for the Health and Consumer Protection. Brussels, European Commission, 2004, 80 p., fig., tabl.

Levin, F.R., Evans, S.M., Kleber, H.D., Prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment, *Drug and Alcohol Dependence*, 1998, 52, (1), 15-25.

Mangon, E., Les complications psychiatriques du crack, in « Crack et cannabis dans la Caraïbe », L'harmattan.

McMahon, R.C., et coll., Substance abuse history predicts depression and relapse status among cocaine abusers, *American Journal on Addictions*, 1999, 8, (1), 1-8.

Milan, T.A., Quelques réflexions sur l'utilisation de drogues, à propos d'un cas. *Psychotropes*, 1999, 5, (3), 9-23.

Miller, N.S., et coll., Prevalence of depression and alcohol and other drug dependence in addictions treatment populations, *Journal of Psychoactive Drugs*, 1996, 28, (2), 111-124.

Modestin, J., et coll., A comparative study on schizophrenic patients with dual diagnosis, *Journal of Addictive Diseases*, 2001, 20, (4), 41-51.

Morel, A., Approaching and taking care of psychostimulants users, *Thérapies cognitivo-comportementales et addictions*, SFA, Paris, 8-9 mars 2000, *Alcoologie et Addictologie*, 2000, 22, (4), 319-324.

Mury, M., et al, Comorbidité troubles schizophrénique, bipolaire et abus/dépendance aux toxiques, *Synapse*, n°116, mai 1995.

Newton, T.F., et coll., Irritability following abstinence from cocaine predicts euphoric effect of cocaine administration, *Addictive Behaviors*, 2003, 28, (4), 817-821.

Nunes, E.V., Psychiatric diagnosis in cocaine abuse, *Psychiatr. Res.* 1989, 25, 105-14.

Pani, P., et coll., Psychiatric severity and treatment response in methadone maintenance treatment programmes : new evidence, *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 2003, 5, (3), 23-36.

Pettinati, H.M., et al, The relationship of Axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome, *The American Journal on Addictions*, 1999, 8, (2), 136-14.

Razzouk, D., et coll., Comorbidity and global functioning — DSM-III-R Axis V — in a Brazilian sample of cocaine users. *Substance Use and Misuse*, 2000, 35, (9), 1307-1315.

Regier, D.A., et al, Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Result from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990, 264, 2511-2518.

Riechman, K.S., Iguchi, M.Y., Depressive symptoms among amphetamine and cocaine users before and after substance abuse treatment, *Psychology of Addictive Behaviors*, 2002, 16, (4), 333-337.

Robbins, S., et coll., Mood state and recent cocaine use are not associated with levels of cocaine cue reactivity. *Drug and Alcohol Dependence*, 2000, 59, (1), 33-42.

Schmitz, J.M., et coll., Fluoxetine treatment of cocaine-dependent patients with major depressive disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 2001, 63, (3), 207-214.

Schmitz, J.M., et coll., Cocaine dependence with and without comorbid depression : a comparison of patient characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*, 2000, 60, (2), 189-198.

Smelson, D.A. et coll., Cognitive disparity in schizophrenics with and without cocaine dependency, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2003, 24, (1), 75-79.

Sofuoglu, M. et coll., Depressive symptoms modulate the subjective and physiological response to cocaine in humans. *Drug and Alcohol Dependence*, 2001, 63, (2), 131-137.

Taubes, T. et coll., Crack cocaine and schizophrenia as risk factors for PPD reactivity in the dually diagnosed. *Journal of Addictive Diseases*, 1998, 17, (3), 63-74.

Wasserman, D.A., et coll., Traumatic events and post-traumatic stress disorder in cocaine users entering private treatment, *Drug and Alcohol Dependence*, 1997, 46, (1/2), 1-8.

Weiss, R.D., et al, Psychopathology in cocaine abusers : changing trends. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1988. 176, 719-25.

Épidémiologie, populations, produits, pharmacologie et consommations

Afssaps, DRAMES, Résultats de l'enquête 2006, février 2008.  
[http://afssaps.sante.fr/htm/10/pharma/enquete\\_drames\\_2006.pdf](http://afssaps.sante.fr/htm/10/pharma/enquete_drames_2006.pdf)

ASUD/Quin, Courrier Toxique, L'esprit Frappeur, 2004.

Bello, P.Y., et al, Phénomènes émergents liés aux drogues, 2001, Rapport TREND juin 2002, OFDT.

Bello, P.Y., et al, Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003, 5ème rapport national TREND, OFDT, 2004, 277 p.

Binetruy, E., La toxicomanie au crack, thèse de doctorat de pharmacie, faculté de médecine et de pharmacie de Besançon, 1997, N° 25-97 – 011.

Bourgois, P., En quête de respect : le crack à New-York, Liber, Seuil, 2001.

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, pp 63-77.

Cadet-Taïrou, A., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2006, huitième rapport national du dispositif TREND, OFDT, février 2008.

Cewg, Community Epidemiology Work Group. Epidemiologic trends in drug abuse, vol. 1 : advance report and highlights/executive summary. Abuse of stimulants and other drugs. January 2005. 57th semiannual meeting, CEWG, Long Beach, California, January 26-28, 2005, Bethesda, NIDA, 2005, 123 p., ann., graph., tabl.

Costes, J.M., in acte des États généraux Crack, errance et polytoxicomanie. Quelles réponses concrètes ?, Mairie du 18è et Ville de Paris, 14 juin 2005.

Costes, J.M., La cocaïne en France : une nette progression au cours des dix dernières années, in Cocaïne, revue Toxibase n°21, 2006, pp. 6-8.

Costes, J.M., Drogues et dépendances, données essentielles, La découverte, Guides, 2005.

Domic, Z., L'Etat cocaïne, science et politique de la feuille à la poudre, PUF, 1992.

Drogues et dépendance, le livre d'information, édition INPES, 2006.

Epidemiological indicators and ethnographic realities of female cocaine use. Substance Use and Misuse, 1999, 34, (14), 2057-2072.

Escots, S., Phénomènes émergents liés aux drogues sur le site de Toulouse en 2001, rapport local de site TREND, Graphiti/OFDT 2002.

Escots, S., Phénomènes émergents liés aux drogues sur le site de Toulouse en 2002, rapport local de site TREND, Graphiti/OFDT 2003.

Escots, S., Phénomènes émergents liés aux drogues sur le site de Toulouse en 2003, rapport local de site TREND, Graphiti/OFDT 2004.

Escots, S., Phénomènes émergents liés aux drogues sur le site de Toulouse en 2004, rapport local de site TREND, Graphiti/OFDT 2005.

Escots, S., Phénomènes émergents liés aux drogues sur le site de Toulouse en 2005, rapport local de site TREND, Graphiti/OFDT 2006.

Escots, S., Fahet, G., Usages non substitutifs de la BHD, Investigation menée en France en 2002-2003, OFDT, 2004.

Halfen, S., et al, Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux en 2007 et évolutions, ORS IdF/OFDT, juin 2008, p. 102.

Jauffret-Roustide, M., et coll, Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profil des usagers de drogues en France, étude InVs, ANRS Coquelicot, BEH n°33, septembre 2006.

Laure, P., Dopage et société, ellipses, 2000.

Lewin, L., Phantastica, Petite Bibliothèque Payot, 1970.

Lopez, D., et al, Mortalité liée aux drogues illicites, OFDT, 2004.

Martelli, C., Chanraud, S., Bouchez, J., Dao-Castellana, M.H., Reynaud, M., Martinot, J.L., Neuro imagerie des addictions, in Reynaud, M., (sous la direction de), Traité d'addictologie, Flammarion, 2008, pp. 33-42.

Nouvelle Estimation Multicentrique de l'OFDT, à paraître.

OCRIS, Usages et produits stupéfiants en France en 2004, Nanterre, OCRIS, 2005, 112 p.

OEDT, État du phénomène de la drogue en Europe, rapport annuel 2006.

ORS IdF, Tendances récentes sur la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2004, avril 2005.

Palle, C., Chabane, C., Lemieux, C., Prisse, N., Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes en 2004, Tableau 11, p.14, OFDT, décembre 2006.

Palle, C., Jean-François, M., Les équipes de liaison en addictologie en 2005, OFDT, octobre 2007.

Reynaud, C., Usages de la cocaïne en population cachée, OFDT, étude en cours

Reynaud, C., et al, Faisabilité d'une étude quantitative sur les pratiques des substances psychoactives dans l'espace festif « musique électronique », compte rendu intermédiaire, in Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003, P-Y. Bello, et al, OFDT, 2004, p. 231-252.

Roques, B., Rapport sur la dangerosité des drogues, documentation française, 1998.

Rosenzweig, M., Les drogues dans l'histoire entre remède et poison, archéologie d'un savoir oublié, de Boeck, 1998.

Sansfaçon, D., et Coll., Drogues et dommages sociaux, revue de la littérature internationale, OFDT, Juin 2005, 456p.

Shaffer, H.J., Haffer, H.J., Eber, G.B., Temporal progression of cocaine dependence symptoms in the US National Comorbidity Survey, Addiction, 2002, 97, (5), 543-554.

Sudérie, G., Phénomènes émergents liés aux drogues sur le site de Toulouse en 2006, rapport local de site TREND, Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées/OFDT, Septembre 2006.

Sudérie, G., Phénomènes émergents liés aux drogues sur le site de Toulouse en 2007, rapport local de site TREND, Graphiti CIRDD Midi-Pyrénées/OFDT, Juin 2008.

Thirion, X., OPPIDUM, résultat de l'enquête 15 (octobre 2003), CEIP de Marseille, AFSSAPS, 2004.

Toufik, A., et al, Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD, OFDT, Tendances N° 61, mai 2008.

### **Immunothérapie**

Bonese, K.F., et coll., Changes in heroin self-administration by rhesus monkey after morine immunization, *Nature* 252, 1974, 708-710.

Carrera, M.R., et coll., Cocaine vaccines : antibody protection against relapse in a rat model. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2000, 97, 6202-6206.

Fox, B.S., et coll., Efficacy of a therapeutic cocaine vaccine in rodent models, *Nat. Med.*, 1997, 2, 1129-1132.

Kosten, T.R. et coll., Human therapeutic cocaine vaccine : safety and immunogenicity. *Vaccine*, 2000, 20, 1196-1204.

Kosten, T., Owens M., Immunotherapy for the treatment of drug abuse, *Pharmacology & Therapeutics*. 2005, 108, 76-85.

### **Périnatalité (grossesse, complications materno-fœtale, interaction parent-enfant)**

Briggs, G.G., et al, A reference Guide to Fetal and Neonatal Risk : Drugs in Pregnancy and Lactation. Fourth edition, William & Wilkins, Baltimore.

Ball, S.A., et al, Maternal attentiveness of cocaine abusers during child-based assessments, *American Journal on Addictions*, 1997, 6, (2), 135-143.

Dixon, S.D., et al, Cocaine and amphétamine exposure in neonates : peripheral conséquences. *Pédiatr. Res.* 21, 359A.

Ebert, J., sous la direction, Maternité, interaction mère-enfant et toxicomanie, OFDT, 2001, 112 p.

Ferraro, F., et al, Cocaïne et grossesse, *Archives pédiatriques* 2000 ; 7 supplément 2 : 285-6

Franck, D.A., et al, Cocaine use during pregnancy : prevalence and correlates, *Pediatrics* 82, 888-895.

Light, K.C., et al, Deficits in plasma oxytocin responses and increased negative affect, stress, and blood pressure in mothers with cocaine exposure during pregnancy, *Addictive Behaviors*, 2004, 29, (8), 1541-1564.

Molénat, F., sous la direction, Grossesse et toxicomanie, Érès, 2000.

Neerhof, M.G., et al, Cocaine abuse pregnancy : peripartum prevalence and perinatal outcome, *Am. J. Gynecol.* 161. 633-638.

Telsey, A.M., et al, Cocaine exposure in a term néonate : necrotizing enterocolitis as a complication. Clin. Pediatr.27. 547-550.

The Lindesmith Center, Research brief : cocaine and pregnancy. Publié sur Internet : [http://www.drugpolicy.org/docUploads/cocaine\\_pregnancy.pdf](http://www.drugpolicy.org/docUploads/cocaine_pregnancy.pdf), New-York, The Lindesmith Center, 1997, 9 p.

Tronick, E.Z., et coll., Late dose-response effects of prenatal cocaine exposure on newborn neurobehavioral performance, Pediatrics, 1996, 98, (1), 76-83.

### **Réduction des risques & risques infectieux**

EGO & STEP, Rapport d'évaluation du « Kit-Base », Le « Kit-Base », un nouvel outil pour la réduction des risques.

Faruque, S., et al, Crack cocaine smoking and oral sores in three inner-city neighborhoods, J Acquir Immun Defic Syndr Hum Retrovirol, 13 (1) : 87-92.

Nyamathi, A.M., et al, Risk factors for hepatitis C virus infection among homeless adults., J. Gen Intern Med. 17 (2) : 134-143.

Thompson, S., Hernberger, F., Wale, E., Crofts, N., Hepatitis C transmission through tattooing : a case report, dans Aust N Z J Public Health, 1996, 20 (3), p 317-18.

Toufik, A., Du crack au VIH, Journal du Sida, n°75/76, juillet-août 1995.

Ward, H., et al, Health issues associated with increasing use of crack cocaine among female sex workers in London, Sex Transm Infect. 76 (4) : 292-293.

### **Traitements pharmacologiques**

Arndt, I.O, Dorozynsky, L., Woody, G.E. et coll.. Desipramine treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients, Archives of General Psychiatric, 1992, 49, pp. 888-93.

Ballon, J.S., Feifel, D., A systematic review of modafinil : Potential clinical uses and mechanisms of action, J Clin Psychiatry. 2006 Apr ; 67 (4) : 554-66.

Berger, S.P., et coll. A medication screening trial evaluation of reserpine, gabapentin and lamotrigine pharmacotherapy of cocaine dependence, Addiction Supplement, 100 Supplement 1:58-67, March 2005.

Beresford, T.P., Clapp, L., Martin, B., Wiberg, J.L., Alfors, J., Beresford, H.F., Aripiprazole in schizophrenia with cocaine dependence : a pilot study, 2005 Aug ; 25 (4) 363-6.

Besson, J., La cocaïne : un nouvel obstacle à la politique européenne de réduction des risques, THS La Revue des Addictions, 1999, 1, (3), 27-30.

Bottomley, T, Carnwath, T, Jeacock, J., et al., Crack cocaine – tailoring services to user need, Addiction Research, 1997, 5 pp. 223-34.

Broome, K.M., Simpson, D.D., Joe, G.W., The role of social support following short-term inpatient treatment, American Journal of Addiction, 2002, 11, pp. 57-65.

- Brown, E.S., et al., Switching outpatients with bipolar or schizoaffective disorders and substance abuse from their current antipsychotic to aripiprazole. *J Clin Psychiatry*, 2005, 66 : 756-760
- Campbell, J., Nickel, E.J., Penick, E.C. et al., Comparison of desipramine or carbamazepine to placebo for crack cocaine-dependent patients, *American Journal of Addiction*, 2003, 12, pp : 122-36
- Chen, J., et coll., Regulation of delta FosB and FosB-like proteins by electroconvulsive seizure and cocaine treatments. *Mol Pharmacol*. 1995 Nov ; 48 (5) : 880-9.
- Ciraulo, D., et coll., Nefazodone treatment of cocaine dependence with comorbid depressive symptoms. *Addiction*, 2005, 100, Suppl. 1 Clinical Rapid Efficacy Screening Trials (CREST), (Suppl. 1 Clinical Rapid Efficacy Screening Trials (CREST)), 23-31.
- Covi, L., Hess, J.M., Kreiter, N.A., Haertzen, C.A., Effects of combined fluoxetine and counseling in the outpatient treatment of cocaine abusers, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1995, 21, pp. 327-44.
- Cubell, J.F., Topiramate for cocaine dependence, *Current Psychiatry Reports*, 2006, 8 pp. 130-1.
- Dackis, C.A., et coll., Modafinil and cocaine : a double-blind, placebo-controlled drug interaction study, *Drug Alcohol Depend*, 2003 May 1 ; 70 (1) : 29-37.
- Dackis, C.A., Kampman, K.M., Lynch, K.G., et al., A double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for cocaine dependence, *Neuropsychopharmacology*, 2005, 30, pp. 205-11.
- Duarte, C., et coll., Effects of a dopamine D3 receptor ligand, BP 897, on acquisition and expression of food, morphine, and cocaine-induced conditioned place preference, and food-seeking behavior in rats. *Neuropsychopharmacology*. 2003 Nov ; 28 (11) : 1903-15.
- Feltenstein, M.W., Altar CA, See RE Aripiprazole blocks reinstatement of cocaine seeking in an animal model of relapse. *Biol Psychiatry*. 2007 Mar 1 ; 61 (5) : 582-90.
- Foltin, R.W., Collins, E.D., et al., The effects of venlafaxine on the subjective, reinforcing and cardiovascular effects of cocaine in opioid-dependent and non-opioid-dependent humans, *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 2003, 11, pp. 123-30.
- Galloway, F.H., et coll., Imipramine for the treatment of cocaine addiction & metamphétamine dependence, *Journal of Addictive Disease*, 1994,13,185-195.
- Garcia-Ladona, F.J., Cox, B.F., BP 897, a selective dopamine D3 receptor ligand with therapeutic potential for the treatment of cocaine-addiction, *CNS Drug Rev*. 2003 Summer ; 9 (2) : 141-58.
- Gawin, F.H., Allen, D., Humblestone, B., Outpatient of "crack" cocaine smoking with flupenthixol decanoate. A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46, pp. 322.5.
- George, T.P., Chawarski, M.C., Pakes, J., et al., Disulfiram versus placebo for cocaine dependence in buprenorphine-maintained subjects : a preliminary trial, *Biological Psychiatry*, 2000, 47, pp. 1080-6.

- Godssop, M., Carroll, K.M., Disulfiram, cocaine and alcohol : two outcomes for the price of one ?, *Alcohol and Alcoholism*, 2006, 41, pp. 119-20.
- Grassi, M.C., et coll., Short-term efficacy of Disulfiram or Naltrexone in reducing positive urinalysis for both cocaine and cocaethylene in cocaine abusers : a pilot study, *Pharmacol Res.* 2007 Feb ; 55 (2) : 117-21.
- Hardin, J.S., et coll., Pharmacodynamics of monoclonal antiphencyclidine Fab with broad selectivity for phencyclidine-like drugs, *J Pharmacol Exp Ther* 266, 1998, 1439-1445.
- Harris, D.S., Batki, S.L., Berger, S.P., Fluoxetine attenuates adrenocortical but not subjective response to cocaine cues, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2004, 30, pp. 765-82.
- Higgins, S., Budney, A., Bickel, W., Badger, G., Participation of significant others in out patient behavioural treatment predicts greater cocaine abstinence, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1994, 20, pp. 47-56.
- Higgins, S.T., et al, Some potentiel contributions of reinforcement & consumer-demand théory to reducin cocaine use, *Addictive Behavior*.
- Johnson, B.A., Recent advances in the development of treatments for alcohol and cocaine dependence : focus on topiramate and other modulators of GABA or glutamate function, *CNS Drugs*, 2005, 19, pp. 421-37.
- Kampman, K.M., et coll., A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence, *Drug and Alcohol Dependence*, 2004, 75, (3), 233-240.
- Karila, L., Weinstein, A., Benyamina, A., et al., Pharmacothérapies actuelles et immunothérapie dans l'addiction à la cocaïne, *Presse Med.* 2008 ; 37 : 689-698.
- Kosten, T., Kosten, T.R., Gawin, F., et al., An open trial of sertraline for cocaine abuse, *American Journal on Addictions*, 1992, 1 pp.349-53.
- Kosten, T., Oliveto, A., Feingold, A., et al., Desipramine and contingency management for cocaine and opiate dependance in buprenorphine maintained patients, *Drug and Alcohol Dependence*, 2003, 70 (3) : 315-25.
- Larowe Stephen, D., et al, Safety and tolerability of N-Acetylcysteine in cocaine-dependant individuals, *American Journal of Addictions*, 2006, 15 (1) : 105-110.
- Lévin, F.R., et coll., Bupropion treatment for cocaine abuse and adult attention-deficit/hyperactivity disorder, *Journal of Addictive Diseases*, 2002, 21, (2), 1-16.
- Levin, F.R., et coll., Methylphenidate treatment for cocaine abusers with adult attention-deficit/hyperactivity disorder : a pilot study, *J Clin Psychiatry*, 1998 Jun ; 59 (6) : 300-5.
- Levin, F.R., et coll., Response to cocaine, alone and in combination with methylphenidate, in cocaine abusers with ADHD, *Drug Alcohol Depend*, 2006 Apr 28 ; 82 (2) : 158-67.
- Lile, J.A., Stoops, W.W., Hays, L.R., Rush, C.R., Acute administration of the GABA reuptake inhibitor tiagabine does not alter the effects of oral cocaine in humans, *Drug and Alcohol Dependence*, 2004, 76 : 81-91.
- Malcolm, R., et coll., Modafinil and cocaine interactions, *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2006 ; 32 (4) : 577-87.

McCance, E.F., Overview of potential treatment medications for cocaine dependence, NIDA Research Monograph, 1997, 175, pp. 36-72.

McClurkan, M.B., et coll., Disposition of a monoclonal anti-phencyclidine Fab fragment in rats, J Pharmacol Exp Ther 266, 1998, 1439-1445.

McDowell, D., Nunes, E., Seracini, A., Rothenberg, J., Vosburg, S., Ma, G., Petkova, E., Desipramine treatment of cocaine-dependent patients with depression : A placebo-controlled trial. Drug and Alcohol Dependence, Volume 80, Issue 2, 2005, pp. 209 – 221.

Myrick, H., Henderson, S., Brady, K.T., et al. Gabapentin in the treatment of cocaine dependence : A case series. J Clin Psychiatry 2001 ; 62 : 19-23.

Nahon, S., Delpech, B., « Des caramelos de coca pour la prise en charge des cocaïnomanes ? », Swaps, N° 45.

Nich, C., et coll., Sex differences in cocaine-dependent individuals response to disulfiram treatment (Différences de réaction à un traitement au disulfiram entre des hommes et des femmes cocaïnomanes), Addictive Behaviors, 2004, 29, (6), 1123-1128.

Nunes, E.V., et coll., Imipramine Treatment of Cocaine Abuse : Possible Boundaries of Efficacy, Drug & Alcohol Dependence, 1995, 39, 185-186, 1995.

Oliveto, A., et coll., Desipramine, Amantadine or Fluoxetine in Buprenorphine-maintained Cocaine users, Journal of Substance Abuse Treatment, 1995, 12, 423-428.

Owens, S.M., et Mayersohn, M., Phencycline-specific Fab fragments alter phencycline disposition in dogs, Drug Metab Dispos, 1986, 14, 52-58.

Passos, S.R., Camacho, C.S., Dos Santos, M.A., Nefazodone in out-patient treatment of inhaled cocaine dependence : a randomised double-blind placebo-controlled trial, Addiction, 2005, 100, pp. 489-94.

Petrakis, I., Carroll, K.M., Nich, C., et al., Disulfiram treatment for cocaine dependence in methadone-maintained opioid addict, Addiction, 2000, 95, pp. 219-88.

Petrakis, I., Carroll, K.M., Nich, C., et al., Fluoxetine treatment of depressive disorders in methadone-maintained opioid addicts, Drug and Alcohol Dependence, 1998, 50, pp.221-6.

Platt, D.M., Rowlett, J.K., Spealman, R.D., Noradrenergic Mechanisms in Cocaine-Induced Reinstatement of Drug Seeking in Squirrel Monkeys, J Pharmacol Exp Ther., 2007 May 15.

Preti, A., New developments in the pharmacotherapy of cocaine abuse, Addict Biol, 2007 Jun ; 12 (2) : 133-51.

Rush, C.R., et coll., Discriminative-stimulus effects of modafinil in cocaine-trained humans, Drug and Alcohol Dependence, 2002, 67, (3), 311-322.

San Molina, L., Arranz Diez, B., Aproximacion terapeutica de la dependencia de cocaína, Adicciones, 2001, 13, pp. 191-208.

Shoptaw, Steven 1 ; Watson, Donnie W. 2 ; Reiber, Chris 1 ; Rawson, Richard A. 1 ; Montgomery, Margaret A. 3 ; Majewska, Maria D. 3 ; Ling, Walter 1. Randomized controlled pilot trial of cabergoline, hydergine and levodopa/carbidopa : Los Angeles Cocaine Rapid Efficacy Screening Trial (CREST). Addiction Supplement. 100 Supplement 1 : 78-90, March 2005.

Silva de Lima, M., et coll., Pharmacological treatment of cocaine dependence : a systematic review, *Addiction*, 2002, 97, (8), 931-949.

Smelson, D.A., A double-blind placebo-controlled pilot study of risperidone for decreasing cue-elicited craving in recently withdrawn cocaine dependent patients, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2004, 27, (1), 45-49.

Sofuoglu, M., Kosten, T.R., Emerging pharmacological strategies in the fight against cocaine addiction, *Expert Opin Emerg Drugs*, 2006 Mar ; 11 (1) : 91-8.

Sofuoglu, M., et al., The effect of individual cocaine withdrawal symptoms on outcomes in cocaine users., *Addictive Behaviors*, 2005, 30, (6), 1125-1134.

Streeter, C.C., Hennen, J., Ke, Y., et al., Prefrontal GABA levels in cocaine-dependent subjects increase with pramipexole and venlafaxine treatment, *Psychopharmacologie (Berlin)*, 2005, 182, pp. 516-26.

Szerman, N., Peris, L., Mesias, B. et al., Reboxetine for the treatment of patients with Cocaine Dependence disorder, *Human Psychopharmacology*, 2005, 20, pp. 189-92.

Torrens, M., et coll., Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis, *Drug and Alcohol Dependence*, 2005, 78, (1), 1-22.

Winhusen, M., et coll., A placebo-controlled screening trial of tiagabine, sertraline and donepezil as cocaine dependence treatments, *Addiction Supplement*. 100 Supplement 1 : 68-77, March 2005.

### **Traitements (autres)**

Avants, S.K., Margolin, A., et al. A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence, *Arch Intern Med*. 2000 Aug 14-28 ; 160 (15) : 2305-12.

Bullock, M.L., Kiresuk, T.J., et al., Auricular acupuncture in the treatment of cocaine abuse. A study of efficacy and dosing, *J Subst Abuse Treat*, 1999 Jan ; 16 (1) : 31-8.

Killeen, T.K., Haight, B., et al., The effect of auricular acupuncture on psychophysiological measures of cocaine craving. *Issues Ment Health Nurs*. 2002 Jul-Aug ; 23 (5) : 445-59.

Lenglet, L., L'efficacité de l'acupuncture démontrée pour sevrer les cocaïnomanes, Margolin, *Arch Intern Med* 2000 ; 160 : 2305-12.

Margolin, A., Kleber, H.D., et al., Acupuncture for the treatment of cocaine addiction : a randomized controlled trial., *JAMA*, 2002 Jan 2 ; 287 (1) : 55-63.

Margolin, A., Avants SK, Holford TR. Interpreting conflicting findings from clinical trials of auricular acupuncture for cocaine addiction: does treatment context influence outcome?, *J Altern Complement Med*. 2002 Apr ; 8 (2) : 111-21.

### **Urgences médicales**

Caulkins, J.P., Drug prices and emergency department mentions for cocaine and heroin, *American Journal of Public Health*, 2001, 91, (9), 1446-1448.

Hagan, H., Public health and changes in illicit drug prices, Editorial, American Journal of Public Health, 2001, 91, (9), 1350.

## **Médecine**

Beaune, J.C., (sous la direction), La philosophie du remède, Champ Vallon, 1993.

Carnet, D., Lexique des termes médicaux, anglais/français, français/anglais, ellipses, 2006.

Le Fur, D., Le petit décodeur de la médecine, Le Robert, 2006.

Vidal Recos, Recommandations et pratique, 125 stratégies thérapeutiques, Vidal 2007.

## **Sciences sociales, épistémologie, méthodologie**

Abélès, M., « Pour une anthropologie des institutions », L'Homme, (135), 1995, pp.65-85.

Bateson, G., Vers une écologie de l'esprit, t.,1 et t.,2, Seuil 1977.

Vilayleck, E., Les mots du corps dans la tradition martiniquaise, Paris, L'Harmattan, 1999, 225 p.

Beaud, S., Weber, F., L'enquête de terrain, produire et analyser les données ethnographiques, La découverte, Guides Repères, 2003.

Becker, H.S., Outsiders. Étude de sociologie de la déviance, Métailié, 1985.

Bernard, C., Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, Champs Flammarion, 1984.

Bourdieu, P., Le Sens Pratique, 1994, Paris, Éditions de Minuit.

Dodier, N., L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement, Métailié, 1993.

Douglas, M., De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou, La Découverte, Poche, 2001.

Escots, S., Mythe de la drogue dans la République Islamique d'Iran. Quand le rapport signifiant/signifié se déplace et ouvre un chemin pour déchiffrer la structure du mythe, Pratiques à part..., revue du réseau Ville-Hôpital Toxicomanie Passages, N°3, 2007.

Kaufmann, J.C., L'entretien compréhensif, Nathan, 1996.

Lévi-Strauss, C., Anthropologie Structurale, t.,1 et t.,2, Plon, Pocket, coll. Agora. 1997.

Lévi-Strauss, C., la potière jalouse, Plon, Pocket, coll. Agora, 1995.

Olivier De Sardan, J.-P., La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie, Enquête, 1, 1995, pp.71-109.

Passeron, J.C., Le raisonnement sociologique, Albin Michel, 2006.

Passeron, J.C., Revel, J., Penser par cas, Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2005.

Petitot J., La généalogie morphologique du structuralisme, Critique, 1999, vol. 55, n° 620-21, pp 97-122.

Phénomènes émergents liés aux drogues, Manuel européen sur la fonction d'information précoce sur les phénomènes émergents liés aux drogues, OFDT, 2003.

Sahlins, M., Au Coeur des Sociétés, (1976), Gallimard, NRF, 1991.

Varela, F.J., Autonomie et connaissance. Essai sur le vivant, Seuil, 1989.

Wittgenstein, L., Tractatus logico-philosophicus, Idées Gallimard, 1983.

# ANNEXES

## ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN DES ACTEURS DE SANTÉ

### Guide Entretien Acteurs de Santé

Thématiques	Questions
<p>Le service, son activité, son implantation géographique, son insertion institutionnelle, ses moyens, ses particularités, sa vocation à rencontrer des patients (usagers) consommateurs de cocaïne (free base/crack)</p>	<p>Pourriez-vous me présenter le service où vous intervenez, son implantation ? L'institution (association, dispositif) auquel il appartient ? Ses moyens et compétences ? Ses particularités ? Ce qui l'amène ou sa vocation à rencontrer des consommateurs de cocaïne ou de crack ?</p> <p>Quelles sont vos fonctions dans le service ?</p>

Thématiques	Questions
<p>Description des différentes populations rencontrées concernées par la consommation de cocaïne (socio démo, modalité de consommations, problèmes directement et indirectement liés à la consommation)</p>	<p>À quelles formes de consommation de cocaïne correspondent-ils ?</p> <p>Relance :  produit : chlorhydrate (poudre) base (free-base, crack) ;  mode administration : inhalation à froid (snif), à chaud (fumé), injecté ;  types d'usages : s'agit-il d'usages récréatif/festif, de recherche de performance, de défonce ;  conséquences : usage nocif, abus d'usage, dépendance (craving), addiction (perte de maîtrise problématique en dépit de la conscience des problèmes), toxicomanie (au sens : addiction + problématique de lien social)</p> <p>Polyconsommations et principaux produits associés ?</p> <p>Relance : la cocaïne (crack) est-elle le produit principal ou un produit associé ? À quoi ? Pour quelle proportion de la population concernée ?  Quels types de problèmes sanitaires en lien avec l'usage de cocaïne avez-vous directement observé<sup>1</sup> ?  Ou que les patients (usagers) que vous connaissez, ont été (sont) confrontés ?</p> <p>Pensez-vous que les patients (usagers) sont informés des problèmes sanitaires qu'ils risquent en consommant de la cocaïne ?</p>

<sup>1</sup> une note spécifique pour chaque spécialité, appuyée sur l'enquête exploratoire et la bibliographie fournira des questions de relances adaptées sur les pathologies particulières

---

**Thématiques**

**Questions**

---

Les demandes et problèmes qui motivent la rencontre (l'évolution de ces demandes)

Dans quels contextes rencontrez-vous ces personnes ?

Quels problèmes ont motivé ces rencontres ?

Que vous demande-t-ils (elles) ?

Par quels chemins sont-ils (elles) arrivés chez vous ?

Comment avez-vous eu connaissance des consommations de cocaïne du patient ?

Relance :

déclaration spontanée ? Interrogatoire ?

Examen clinique ? Biologique ?

Parlez-vous facilement des consommations de cocaïne avec les patients (usagers) ? Vous en parlent-ils spontanément ? Pourquoi ?

(si addictologie en plus)

Pensez-vous que les patients (usagers) parlent spontanément de leurs consommations aux médecins qu'ils rencontrent ? Pourquoi ?

Avez-vous constaté une évolution de ces situations (demandes) ?

Relance :

Ces 10 dernières années ? Ces 5 dernières années ?

Les réponses mise en œuvre (médicamenteuses, psychothérapeutiques, sociales, autres)

Quelles réponses mettez-vous en œuvre ?

Sont-elles spécifiques à l'usage de cocaïne ?

Quels sont les principaux objectifs des réponses que vous mettez en œuvre ?

Utilisez-vous des molécules (ou des techniques médicales) particulières (spécifiques à la cocaïne comme cause des troubles que vous êtes amenés à traiter) ?

Dans quels objectifs ?

Relance :

traitement symptomatique ? sevrage ? prévention de la rechute ? autres ? 2)

Qu'est-ce qui détermine vos choix médicamenteux ?

Relance :

Consensus disciplinaire ? Des expérimentations encourageante à l'étranger ? la littérature internationale ? Recommandation par des confrères ? Visiteurs médicaux ? intuition clinique ? Expérimentation dans le cadre de protocole ? autres ?

(addictologie, psychiatrie, CSST, neurologie) Quelles méthodes psychothérapeutiques mettez-vous en œuvre ? Qu'est-ce qui détermine vos choix ?

Avez-vous recours à d'autres méthodes ?

Relance :

(acupuncture, sophrologie, autres ...) ? Dans quels buts ?

Votre service dispose-t-il de réponses sociales ou en propose-t-il en partenariat/réseau (hébergement temporaire de moyen, court ou très court termes ?

2. A priori, seule l'addictologie et la psychiatrie ont recours à des molécules spécifiques, il s'agira d'évoquer en cas de relance, le topiramate (Épitomax<sup>®</sup>), l'aripiprazol (Abilify<sup>®</sup>), le modafinil (Modiodal<sup>®</sup>), l'olanzapine (Zyprexa<sup>®</sup>), le N-acétylcystéine (Mucomyst<sup>®</sup>), la rispéridone (Resperdal<sup>®</sup>), le disulfiram (Espéral<sup>®</sup>), le méthylphénidate (Ritaline<sup>®</sup>), la buprénorphine (Subutex<sup>®</sup>).

<b>Thématiques</b>	<b>Questions</b>
	<p>Relance :</p> <p>Prestations sociales ? Éducatives ? culturelles ? accompagnement social ? Psychologique ? Autres ?</p> <p>Orientez-vous ces patients (usagers) vers des structures de soins spécialisées en addictologie ? Dans quelles types de situations ?</p> <p>Rencontrez-vous des difficultés pour réaliser ces orientations ? Lesquelles ? Viennent-elles des patients (usagers) ? Des services où vous les adressez ?</p> <p>Orientez-vous ces patients (usagers) vers d'autres services médicaux ? lesquels ? Dans quels types de situations ?</p> <p>Rencontrez-vous des difficultés pour réaliser ces orientations ? Lesquelles ? Viennent-elles des patients (usagers) ? Des services où vous les adressez ?</p> <p>Dans le cadre des prises en charge que vous proposez aux consommateurs de cocaïne vous est-il arrivé de déplorer le manque d'autres formes de réponses ? Lesquelles et pourquoi ?</p>
<p>Les réseaux de soins, d'échanges, de formation ou de recherche liés à la prise en charge des patients consommateurs de cocaïne</p>	<p>Participez-vous à un réseau formel qui traite essentiellement (spécialisé cocaïne) ou ponctuellement (réseau lié à la spécialité, cardio, neuro, addicto, urgence...) de la prise en charge des usagers de cocaïne ? Lequel ? Sinon pourquoi ? Cela vous fait-il défaut dans votre pratique auprès de ce type de patients (usager) ?</p>

Thématiques	Questions
	<p>Vous sentez-vous et/ou vos collaborateurs suffisamment informés sur la consommation de cocaïne et les problèmes qui y sont liés pour prendre en charge ce public dans le cadre de votre activité ?</p> <p>Sur quels points souhaiteriez-vous des compléments d'information ?</p> <p>Dans le cadre de votre activité, vous sentez-vous et/ou vos collaborateurs plus démunis pour prendre en charge les consommateurs de cocaïne que d'autres patients présentant des problèmes d'usage, d'addiction ou de toxicomanie à d'autres substances ?</p> <p>Si oui pourquoi ? Quelles autres substances par exemple ?</p> <p>Pensez-vous que dans votre secteur (discipline) le niveau d'information et de formation soit suffisant pour répondre aux problèmes de ces patients (usagers) ?</p> <p>D'après-vous, concernant les problèmes liés à l'usage de cocaïne (crack) sur quoi devrait porter en priorité les principales propositions de formation</p> <p>Relance :</p> <p>Diagnostic ? traitement ? réseau de soins ? Autres ?</p> <p>Vous souvenez-vous de la dernière fois que vous avez participé à une session d'information ou de formation sur ces problèmes ? Et de la dernière fois que l'on vous a proposé de participer à une session d'information ou de formation sur des questions traitant des problèmes ou des réponses en lien avec la consommation de cocaïne ?</p> <p>Auriez-vous du temps à consacrer pour participer à des protocoles de recherche, (recueils épidémiologiques ou des essais cliniques) concernant les problèmes liés à l'usage de cocaïne et les réponses à apporter ?</p>

## **ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES USAGERS**

### **« USAGES PROBLÉMATIQUES DE COCAÏNE ET DE CRACK. QUELLES INTERVENTIONS POUR QUELLES DEMANDES ? » GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES USAGERS**

#### ***Rappel de l'objectif de l'entretien***

Il s'agit de faire décrire aux usagers ayant eu un problème de santé en lien avec la consommation de cocaïne, les façons d'y faire et les croyances qu'ils mobilisent à cet effet ; et lorsque c'est le cas, de décrire la rencontre avec un ou plusieurs acteurs de santé.

#### ***Critères d'inclusion***

Être ou avoir été consommateur de cocaïne et avoir rencontré un problème de santé d'ordre somatique ou psychique, identifié par la personne ou par un acteur de santé comme étant en lien direct avec une consommation de cocaïne ; problème qui a donné lieu ou non à la rencontre avec un acteur de santé.

#### ***Recommandations pour le bon déroulement de l'entretien***

Dans ces entretiens, l'intervieweur doit intervenir au minimum, laissant l'interviewé procéder par associations libres. Cependant, tous les thèmes présents dans le guide devront être abordés. Si à un moment de l'entretien, l'interviewé

revient sur un thème déjà traité, ne pas le couper. De même, si l'intervieweur, en fonction du déroulement de l'entretien, juge utile de revenir sur un thème déjà traité pour obtenir de plus amples informations, il ne doit pas hésiter à le faire.

Des conditions de calme et de confidentialité minimum sont requises pour assurer la qualité de l'entretien (éviter la présence d'autres personnes même proches de l'interviewé(e), et ceci même si l'interviewé(e) dit que la présence de ces tierces personnes ne le (la) dérange pas).

### **Présentation de l'entretien à l'usager**

Avant de commencer l'entretien proprement dit, il est nécessaire :

- de garantir l'anonymat de l'interviewé et la confidentialité de l'entretien.

Cela peut-être dit dans les termes suivants :

« Cet entretien est anonyme et confidentiel. Personne en dehors de moi ne connaîtra votre identité, et je suis soumis au secret professionnel. Notre entretien est enregistré, il sera retranscrit pour être analysé parmi une quarantaine d'autres entretiens similaires, et tous les noms ou les lieux que vous pourriez citer pendant notre discussion seront rendus anonymes au moment de la retranscription ».

- de s'assurer avant de commencer, en posant la question à l'interviewé(e), qu'il (elle) correspond aux critères d'inclusion dans l'étude.

### **Fonctionnement du guide**

Selon l'ordre de présentation des problèmes de santé décrits spontanément par l'usager dans la partie 1, poursuivre par les parties 2 ou 3.

**Partie 1 : Consommation de cocaïne et problèmes de santé**

<b>Question générale</b>	<b>Éléments à aborder</b>
<p>Pourriez-vous décrire le ou les problèmes de santé que vous avez rencontrés et pour lesquels on se voit aujourd'hui ?</p> <p>Quels liens faites-vous entre vos consommations de cocaïne et le ou les problèmes de santé que vous venez de nous décrire ?</p> <p>Pourriez-vous décrire comment se passaient vos consommations au moment où vous avez rencontré ce problème ?</p>	<p><b>Le ou les problèmes de santé</b>            Quelle est la nature des problèmes que vous avez rencontrés ?            Est-ce que c'était la première fois qu'un problème de santé survenait à cause de votre consommation de cocaïne ?</p> <p><b>La représentation du lien avec la cocaïne</b>            Comment savez-vous que le ou les problèmes de santé que vous décrivez étaient en lien avec votre consommation de cocaïne ?            Ce(s) problème(s) vous a (ont)-il(s) incité (e-s) à modifier vos consommations de cocaïne, free base ou crack ?            Avec le recul, quelles explications donnez-vous au problème que vous venez de nous décrire ?</p> <p><b>Le contexte de consommation lors du problème</b>            Contexte ? Modes d'administration ? Motivations à consommer ?</p>

***S'il ne s'agit pas d'un problème de perte de contrôle de la consommation (addiction) poursuivez la grille, sinon passez à la partie 3***

## Partie 2 : Les réponses au problème de santé

---

### Question générale

### Éléments à aborder

---

Au sujet du problème que vous venez de nous décrire, avez-vous consulté un médecin (ou les urgences) ou un autre acteur de santé ?

Si oui, comment cela s'est-il passé ?

#### **Le premier contact**

Avez-vous spontanément parlé de vos consommations de cocaïne, free base, crack ou d'autres produits au médecin (ou autre acteur de santé) ?  
Sinon pourquoi ?  
Vous a-t-il posé des questions à ce sujet ?

#### **Les réponses**

Avez-vous été hospitalisé pour ce problème ?  
Dans quel(s) but(s) ?  
Comment se sont passées les différentes prises en charge dont vous avez bénéficié ?

#### **Les orientations**

Avez-vous été adressé vers d'autres services ensuite (autre service de traitement ? Maison de convalescence ? ECIMUD ? Consultation en addictologie ? CSST ? Postcure ? Autres ?...)  
Avez-vous été mis en contact avec des services sociaux ? Dans quel(s) but(s) ? (accès aux droits ? Insertion ? Lié à la prise en charge de votre enfant ? etc.)

#### **La perception des réponses**

Avez-vous rencontré des problèmes durant ces prises en charges ? Lesquels ?  
Quelles ont été vos relations avec les soignants de ces différents services ?  
Ces services ont-ils répondu à vos problèmes ? Ces prises en charges ont-elles contribué à changer des choses dans vos consommations ? Dans votre vie en général ?

<b>Question générale</b>	<b>Éléments à aborder</b>
Si non, comment avez-vous résolu ce ou ces problèmes ?	Seul ? Avec d'autres personnes ? (entourage de consommation, personne proche, tiers extérieur à votre entourage) Dans tous les cas, comment ? Avez-vous consommé des médicaments ? Avez-vous consommé d'autres produits ? Avez-vous modifié vos consommations ? Avez-vous utilisé des techniques particulières ?
Si non, pourquoi n'avez-vous pas consulté ?	Pensez-vous que certains services de soins ou d'accès au soin auraient pu vous prendre en charge pour le problème que vous venez de nous décrire ? Si oui, lesquels ? Pourquoi n'avez-vous pas fait appel à eux ? En général, à propos des dommages en lien avec les consommations de cocaïne, free base, crack, pensez-vous que des professionnels de santé puissent apporter une aide ? Si oui dans quels cas ? Si non pourquoi ? De façon générale que pensez-vous des services de soins (Hôpitaux, services spécialisés...) ?
<b>Ne pas reposer ces questions si l'usager a déjà renseigné, en premier, la partie 3 « Perte de contrôle ».</b> <b>Terminez alors l'entretien avec la partie 4 « Données de cadrage » p 7.</b>	
Parfois, avez-vous eu le sentiment de perdre le contrôle de vos consommations ?	À quelle occasion avez-vous ressenti une perte de contrôle de votre consommation de cocaïne ? Comment cela se manifeste-t-il ? Quelles conséquences sur votre vie sociale ? psychique ?

**Si oui suivez la grille en partie 3, sinon allez en partie 4**

### Partie 3 : Les réponses apportées à une perte de contrôle de la consommation

#### Question générale

#### Éléments à aborder

Au sujet du problème de perte de contrôle que vous venez de nous décrire, avez-vous consulté un médecin (ou les urgences) ou un autre acteur de santé ?

Si oui comment cela s'est-il passé ?

#### **La rencontre avec un acteur de santé**

Par qui ou comment avez-vous eu connaissance de cet acteur ? Qu'est-ce qui a déterminé le choix de cet acteur ou de cette structure ?

Comment s'est passé l'accueil ? Avez-vous été reçu par plusieurs personnes ?

Par qui avez-vous été reçu en premier ?

Vous a-t-on fait des examens ? Lesquels

Vous sentiez-vous à l'aise pour parler de vos consommations de cocaïne, de free base, ou crack ?

#### **Les réponses apportées sur le plan médical**

Avez-vous été hospitalisé(e) pour ce problème ?

Dans quel(s) but(s) ?

Comment s'est passée cette hospitalisation ?

Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'un traitement et/ou d'un accompagnement pour des problèmes liés à votre consommation de cocaïne, de free base ou crack ?

Avez-vous déjà eu un traitement spécifique en lien avec vos consommations de cocaïne, free base ou crack ? Dans quels buts ? (Aide au sevrage ? Éviter la rechute ? Réduire le craving ? la dépendance ?)

Vous a-t-on prescrit un médicament ? Connaissez-vous le nom du médicament ou de la molécule que l'on vous a prescrit ?

Que savez-vous de cette molécule ?

#### **Les autres réponses apportées**

Avez-vous suivi ou suivez-vous un accompagnement psychologique pour vos problèmes de cocaïne ? Sinon vous a-t-on déjà proposé ce type de prise en charge ? Pourquoi ne l'avez-vous pas suivi ?

Vous a-t-on proposé d'autres types d'aide ou de prise en charge (accompagnement psychosocial, posture, acupuncture ou auriculothérapie, relaxation, sophrologie, atelier d'expression, autres) ?

Vous êtes-vous éloigné(e) de vos lieux habituels de consommation ? Pourquoi ?

Question générale	Éléments à aborder
<p>Si non, comment avez-vous géré ce problème ?</p>	<p>Avez-vous été adressé(e) vers d'autres services ensuite (autre service de traitement, maison de convalescence, ECIMUD, consultation en addictologie, CSST, postcure, communauté thérapeutique, groupes d'usagers, autres...) ?</p> <p>Seul(e) ?            Avec d'autres personnes (entourage de consommation, personne proche, tiers extérieur à votre entourage) ?            Dans tous les cas, comment ?            Avez-vous consommé des médicaments ?            Avez-vous consommé d'autres produits ?            Avez-vous modifié vos consommations ?            Avez-vous utilisé des techniques particulières ?</p>
<p>Si non, pourquoi vous n'avez pas consulté ?</p>	<p>Pensez-vous que certains services de soins ou d'accès aux soins auraient pu vous prendre en charge pour le problème que vous venez de nous décrire ? Si oui, lesquels ?            Pourquoi n'avez-vous pas fait appel à eux ?            En général, à propos des dommages en lien avec les consommations de cocaïne, de free base, ou de crack, pensez-vous que des professionnels de santé puissent apporter une aide ? Si oui dans quels cas ? Sinon pourquoi ?            De façon générale, que pensez-vous des services de soins (Hôpitaux, services spécialisés...) ?</p>
<p>Quel a été le rôle de votre entourage dans la gestion des problèmes liés à la consommation de cocaïne, de free base, ou crack ?</p>	<p>Au moment de votre perte de contrôle, votre entourage était-il informé de vos consommations de cocaïne, de free base ou crack ? L'ont-ils appris à cette occasion ?            Des personnes dans votre entourage vous ont-elles aidé pour réduire ce problème ?</p>

---

**Question générale**

---

**Éléments à aborder**

---

**Ne pas reposer ces questions si l'usager a déjà renseigné, en premier, la partie 2 « Problèmes de santé ».**

**Terminez alors l'entretien avec la partie 4 « Données de cadrage » p 7.**

Avez-vous rencontré d'autres problèmes de santé en lien avec consommations de cocaïne, de free base ou crack ?

Des malaises ? palpitations ? des douleurs thoraciques ? Des maux de tête ? Des problèmes respiratoires (essoufflement...) ? Des convulsions ou crises d'épilepsies ?

Crises d'anxiété ? Problèmes d'humeur ? de dépression ? d'hallucinations ? Sentiments de persécution ? De la violence ? Une dégradation significative des relations avec votre entourage ? D'autres problèmes ? (dermatologiques, infectieux...)

**Si oui, reprendre la grille en partie 2  
Sinon continuez**

**Partie 4 : Données de cadrage**

---

**Question générale**

---

**Éléments à aborder**

---

Avant de terminer cet entretien pourriez-vous me décrire en quelques mots le type de consommateur de cocaïne que vous êtes ?

Vous considérez-vous comme un consommateur occasionnel ? régulier ? à problème ?

Le plus fréquemment :

Dans quels contextes consommez-vous de la cocaïne ?

Quels modes d'administration utilisez-vous ?

Que recherchez-vous en consommant de la cocaïne ?

Pour finir, je vais indiquer si vous êtes un homme ou une femme (pour la retranscription), et je vais vous demander quelques détails pour mieux analyser l'ensemble des entretiens.

Votre âge ?

Vivez-vous en couple ? Avez-vous des enfants ?

Vivez-vous avec lui/eux ?

Quel travail avez-vous actuellement ? Si vous ne travaillez pas, d'où proviennent vos ressources ?

Si vous êtes étudiant, que faites-vous comme études ?

Quel est votre diplôme le plus élevé ?

Consommez-vous régulièrement du tabac ?

Êtes-vous en lien avec des structures de réduction des dommages pour vos consommations de drogues en général ?

**Au nom de l'équipe de recherche nous vous remercions  
pour votre témoignage.**

**Citation recommandée**

Escots (S.), Suderie (G.), *Usages problématiques de cocaïne/crack, quelles interventions pour quelles demandes*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 246 p.

N° ISBN : 978-2-11-098573-6

**Observatoire français  
des drogues et des toxicomanies**

3, avenue du Stade de France  
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex  
Tel : 01 41 62 77 16  
Fax : 01 41 62 77 00  
Courriel : ofdt@ofdt.fr

**Site Internet : [www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)**

Alors que la consommation de cocaïne est entrée depuis le milieu des années 1990 dans une phase d'élargissement de sa diffusion, la prise en charge des consommateurs ne faisait pas jusqu'à récemment partie des priorités des professionnels du soin.

L'OFDT a souhaité renseigner la question des usages problématiques de cocaïne sous sa forme chlorhydrate (poudre) ou base (crack ou free base) et leurs réponses sanitaires.

Afin de mieux connaître les profils de consommateurs, les problèmes somatiques, psychiatriques ou sociaux en lien avec ces usages, de faire le point sur les demandes des usagers et des difficultés rencontrées une étude qualitative a été menée en 2007-2008 par l'Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées. Sur trois sites – Paris, Toulouse et la Martinique – deux populations ont été interrogées : d'une part des acteurs des champs hospitalier, médical, médico-social ou social au contact de consommateurs et spécialisés ou non en addictologie et d'autre part des consommateurs de cocaïne sous sa forme poudre ou base.

La première étude qualitative exploratoire de ce type en France fait notamment apparaître le faible recours au dispositif de soins par les usagers ayant rencontré un problème sanitaire ou social en lien avec cet usage.

[www.ofdt.fr](http://www.ofdt.fr)



ISBN : 978-2-11-098573-6