

La réduction des risques à l'épreuve de la cocaïne



Bertrand LEBEAU
Président de L'A.F.R. Paris

La consommation de cocaïne est en augmentation notable dans les pays d'Europe de l'Ouest et son « image » commence à en être bouleversée tout comme les problèmes liés à sa consommation par de nouveaux groupes sociaux. Avec retard, l'Europe entre dans la phase de large diffusion que ce produit a connu aux Etats-Unis à partir du début des années quatre-vingt et jusqu'au milieu des années quatre-vingt dix où l'on a évalué le nombre de consommateurs réguliers jusqu'à une dizaine de millions de personnes.

Aucun produit n'illustre mieux le fameux « drug, set and setting » (le produit, la personnalité, le contexte) que la cocaïne. Quoi de commun, sinon la substance elle-même, entre le « golden boy » adepte d'une consommation récréative du « champagne des drogues » sur le mode de l'inhalation (« sniff ») et le crackeur marginalisé et dévoré par le « craving », cet usage compulsif et destructeur de cocaïne fumable ?

Cocaïne, changement d'image

De fait, au moins depuis la grande vague d'usage de drogues qui a débuté au milieu des années soixante, la cocaïne a longtemps été soit une drogue à l'image positive (dynamisme, performance, réussite) et consommée par des publics insérés (« jet set », milieux du show-business, milieux de la nuit, des médias...) soit une drogue de deuxième choix pour des toxicomanes dont le principal problème était d'assurer leur approvisionnement en héroïne. Dans les deux cas, la consommation de cocaïne restait quasi invisible et ne s'inscrivait pas ou très peu dans les infractions à la législation sur les stupéfiants. En effet les usagers insérés ne se heurtent pas aux « hétérocontrôles » (police, justice, santé) : accès « discret » au produit, usage « maîtrisé » donc peu problématique de cocaïne « sniffée ». Quant aux héroïnomanes, c'était d'abord leur usage d'héroïne (poids de la dépendance physique, criminalité d'obligation) qui les désignait. C'est précisément cette situation qui a changé en Europe depuis le milieu des années quatre-vingt dix à peu près au moment où la grande vague de consommation américaine commençait à s'essouffler. On pourrait y voir seulement une stratégie commerciale délibérée des organisations criminelles à la recherche d'un nouveau marché suite à la saturation du marché américain. Mais, comme il est habituel en matière de drogues, l'offre de produit a rencontré une demande et c'est cette dynamique nouvelle qui est aujourd'hui à l'œuvre en Europe.

Elle se déploie dans quatre directions que l'on peut ainsi résumer à grands traits. Suite à l'épidémie de sida et au large développement des traitements de substitution à l'héroïne, certains injecteurs d'héroïne, incapables de faire le deuil de la seringue et des sensations fortes, se sont mis à consommer lourdement de la cocaïne. A côté de ce premier public, on a vu apparaître des épidémies de crack (cocaïne fumable) jusqu'à présent restées limitées à des groupes très marginalisés (prostituées de rue) ou à forte composante ethnique (africains, antillais). Ces usagers peuvent, dans un deuxième temps, s'accrocher à l'héroïne afin de gérer la « descente » de cocaïne c'est à dire la période qui suit immédiatement l'arrêt de la consommation et qui se manifeste par une anxiété intense et une profonde dépression. Ces deux groupes sont peu importants quantitativement même si leurs consommations le sont et c'est dans ce contexte que la réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues se heurte à des difficultés inédites.

C'est pourtant dans deux publics autrement plus importants que l'usage de cocaïne s'est largement développé ces dernières années. Le premier est celui des jeunes adeptes d'événements festifs type rave party, teknivals mais aussi clubs, boîtes de nuit et soirées privées. A l'usage de stimulants comme l'ecstasy ou l'amphétamine et d'hallucinogènes comme le LSD s'est assez logiquement ajouté celui de la cocaïne habituellement sniffée. Il faut cependant noter que la base de cocaïne fumable (crack) progresse dans ce milieu et devient à la mode. C'est en tout cas dans un climat de fort « poly-usage » que s'inscrit cette consommation d'autant que tabac, cannabis et alcool sont banalisés.

De plus, le profil social des jeunes qui fréquentent ces événements s'est modifié : à côté des « teufeurs » socialement insérés (lycéens et étudiants, jeunes travailleurs), apparaît maintenant, en particulier lors des événements gratuits (free party), un public beaucoup plus précaire : jeunes en errance, zonards dont le rapport aux produits est nettement plus chaotique et immaîtrisé. Enfin la consommation de cocaïne se développe aujourd'hui dans les classes moyennes, très au-delà des milieux huppés, illustrant cette « démocratisation de la bohème » analysée par les sociologues. Mais on sait peu de choses sur cette « population invisible ». C'est dans ce nouveau panorama que la réduction des risques doit désormais s'inscrire.

Aucune pharmacothérapie dans le cadre de l'abus de cocaïne

Les modes d'administration jouent ici un rôle essentiel et il faut s'y arrêter. La cocaïne injectée produit un « flash » intense et bref et le rythme des injections peut devenir vertigineux : un shoot toutes les demi-heures jusqu'à épuisement du produit. L'état veineux devient vite désastreux. La transmission des virus des hépatites (VHB, VHC) mais aussi du VIH s'en trouve facilitée. De nombreuses études attestent de la haute prévalence de ces virus transmissibles par voie sanguine parmi les injecteurs de cocaïne. Par ailleurs la cocaïne sniffée ou le crack fumé peuvent favoriser la transmission du VHC par partage de la « sniffeuse » (paille, carton roulé...) ou de la pipe à crack. Enfin, les rapports sexuels non protégés, en particulier chez les usager(e)s de crack se livrant à la prostitution, favorisent la transmission du VIH.

Par ailleurs les overdoses de cocaïne injectée ou fumée et leurs complications (crise convulsive, crise cardiaque), première cause d'hospitalisation en urgence liée à l'usage de drogues aux Etats-Unis, sont en augmentation dans les pays européens même si elles restent mal connues du personnel médical. De même l'abus de cocaïne provoque des troubles psychiatriques graves : hallucinations, états paranoïdes, violence. Ils sont d'autant plus fréquents que le contexte d'usage est problématique et sont source de « nuisances », en tout cas vécues comme telles par les populations qui habitent dans des lieux où se sont développées des scènes ouvertes.

Or il se trouve que, malgré d'intenses recherches, on ne dispose actuellement d'aucune pharmacothérapie dans le cadre de l'abus de cocaïne. Il n'y a pas de « cocadone » alors même que l'usage compulsif, le craving, donne aux soignants le sentiment, parfois désespérant, de se battre à mains nues contre cette envie irrésistible. Les usagers eux-mêmes, y compris ceux qui sont en contact avec le système de soins, évitent d'évoquer leur consommation de cocaïne soit parce qu'ils redoutent de ne pouvoir accéder à un programme méthadone par exemple, soit parce qu'ils pensent que rien ne peut leur être proposé. Certains vont jusqu'à affirmer que le seul fait de parler de cocaïne avec l'équipe soignante risque de ranimer le térébrant désir... Il y a encore beaucoup à apprendre sur le mode d'action de la

cocaïne et force est de constater que le modèle d'explication reposant sur le « circuit de la récompense », s'il s'applique fort bien aux opiacés ou aux benzodiazépines, est tout à fait insuffisant lorsqu'il concerne les stimulants et, particulièrement la cocaïne.

Les défis que la réduction des risques doit relever

Contaminations virales, overdoses, complications psychiatriques, exclusion sociale : tels sont les défis que la réduction des risques doit relever. Certes, il n'existe pas de recettes miracles et ce d'autant que les risques et les dommages se concentrent principalement sur les injecteurs de cocaïne ou de crack et les fumeurs de crack en situation de grande précarité. Insistons néanmoins sur quelques points saillants. Les équipes qui travaillent dans les programmes d'échange de seringues doivent connaître les modes de consommation des injecteurs de cocaïne, savoir que la réutilisation du matériel d'injection est la règle, que la cocaïne est souvent consommée en groupe et que le partage de seringues est souvent involontaire (on croit réutiliser sa seringue alors qu'on emprunte celle du voisin). Il est bien difficile, dans ce cadre, de promouvoir comme seul message de prévention : « une injection, une seringue » comme il est possible de le faire avec l'héroïne. En revanche, tout ce qui peut permettre à l'utilisateur d'éviter le partage involontaire doit être promu y compris les techniques de « marquage » de seringues que certains usagers mettent d'ailleurs spontanément en œuvre. Dans le même ordre d'idées, la mise à disposition de pailles et l'information sur les risques de transmission du VHC par partage de pailles doivent faire partie des outils que les équipes de prévention qui travaillent sur les événements festifs mettent à disposition des usagers. Le tableau clinique et la gestion médicale des overdoses de cocaïne doivent être mieux connus des services d'urgence. Enfin, les dispositifs de soins, longtemps axés sur la prise en charge des héroïnomanes, manquent cruellement de lits permettant de mettre à l'abri, de manière immédiate, des usagers en danger. C'est moins de post-cures avec ses longs délais d'attente dont nous avons besoin que de lieux permettant des « mises au vert » rapides et courtes afin de permettre aux usagers de sortir du craving et de « souffler » (dormir, manger, reprendre pied avec la réalité). Au-delà des inévitables rechutes, il s'agit de donner du temps au temps afin de favoriser le processus de maturation qui permettra un jour de retrouver une maîtrise de sa consommation ou de sortir de l'usage.

Enfin la prévention de l'usage de cocaïne doit être repensée. Pour la réduction des risques qui se tient à égale distance de la diabolisation et de l'apologie, il s'agit de parler vrai sur les produits afin que celui qui n'est pas encore usager (non yet user) puisse mettre en relation son expérience du produit avec ce qui lui en a été dit. Or, à l'occasion des premiers « sniffs » de cocaïne, les usagers ont souvent le sentiment que le produit est assez anodin au point même d'être déçus par des effets peu spectaculaires, bien loin du mythe qu'ils s'en faisaient. C'est la

raison pour laquelle il est important, plus encore qu'avec d'autres substances, d'insister sur ce qui sépare l'usage de l'abus, de faire savoir que l'« énergie » que prête la cocaïne se paie en dépression et que s'il est possible d'user de ce produit avec modération, on aurait tort de croire que sa maîtrise est aisée, ce que confirment les usagers expérimentés.

Isolée en 1859, la cocaïne a déjà une longue histoire en Europe. Pour n'évoquer que la période récente, il est faux de penser qu'elle est brutalement réapparue il y a quelques années. Dès la

grande vague de consommation des années 60, elle est présente. Mais son usage s'est clairement développé ces dernières années et accompagne la montée en puissance des stimulants en général dans nos sociétés. La réduction des risques est loin d'avoir toutes les solutions aux questions inédites que posent ces consommations, en particulier les plus lourdes et les plus chaotiques. Mais en restant fidèle à ses valeurs, pragmatisme, innovation, alliance avec les usagers, elle est capable de répondre à ce nouveau défi.

Dimanche à la campagne 3 Nouvelle formule Interactive

Les Moulins - Route des Plages - RAMATUELLE / Mas Bellevue - Route de Tahiti - ST TROPEZ

Dimanche 26 mai 2002 - 9h30

LES HEPATITES VIRALES C ET L'USAGE de DROGUES



Editions du Mûrier



Sous la présidence de Jean-Pierre Delmont, Nice
Sous la direction de Jean-Marie Guffens, SETHS, Saint Tropez

9h30 : Accueil et collation

10h : **Groupes de questionnement :** les personnes présentes se séparent en trois groupes pour élaborer les questions à poser aux experts / **Secrétaires :** Patrick Delasalle, Grasse, Philippe Le Gall, Fréjus Saint Raphaël, Christophe Renou, Hyères

11h : Pause apéritive / Assemblée Générale ordinaire de la SETHS

11h30 : **Réponses des experts :** les secrétaires des groupes de questionnement interrogent les experts, charge à eux de faire la synthèse questions/réponses à publier dans THS La Revue.

LES EXPERTS (sous réserve) :

- BENHAMOU Yves, *La Pitié Salpêtrière, Paris* • BOURLIERE Marc, *Marseille* • CATTAN Laurent, *Noisy le Sec*
- CHOSSEGROS Philippe, *Lyon* • DEGLON Jean Jacques, *Genève* • FILOCHE Bernard, *Lille* • FUZIBET Gabriel, *Nice*
- OUZAN Denis, *Saint Laurent du Var* • POL Stanislas, *Necker, Paris* • REISINGER Marc, *Bruxelles* • RIOUX Jean-Michel, *Aix en Provence* • TRAN Albert, *Nice* • WAJBROT Alain, *Avignon*

13h30 : Déjeuner et conclusions

INSCRIPTIONS :

SETHS, Le Vieux Mûrier, Route de Tahiti, 83990 Saint Tropez

Tél. 04 94 97 09 56 - Fax : 04 94 97 75 80

Aucun droit d'inscription n'est demandé aux médecins en exercice.

A l'intention des accompagnants, une leçon de cuisine (avec dégustation) sera donnée par Christophe Leroy (lauréat Gault et Millau) pendant la matinée