

**INTERVENTION
PRÉCOCE ET RÉDUCTION
DES RISQUES
ET DES DOMMAGES
USAGE DE COCAÏNE BASÉE
CRACK FREE-BASE
GUIDE
DE PRÉVENTION
DESTINÉ AUX PROFESSIONNELLS**

DÉCEMBRE 2013

L'ÉQUIPE DE TRAVAIL

Opérateurs

Association d'Information et de Ressources sur les Drogues, les Dépendances et le Sida de Bretagne

– AIRDDS Bretagne – www.cirdd-bretagne.fr -

Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale – GRVS – www.grvs06.org -

Rédaction du Guide, Revue de la littérature, Animation des groupes d'experts

Catherine Reynaud-Maurupt, Sociologue, Responsable des recherches GRVS

Experts mobilisés pour la conception du Guide

Vincent Benso, Sociologue, Techno +, Paris

Nicolas Bonnet, Pharmacien spécialisé en santé publique, Directeur du RESPADD,

Responsable de la Consultation Jeunes Consommateurs de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière, Paris

Pierre Chappard, Coordinateur Réseau Français RDR, Président de Psychoactif, Paris

Agnès Creyemey, Educatrice spécialisée CAARUD CEID, Bordeaux

Yaëlle Dauriol, Educatrice spécialisée, Mission squat MDM, Paris

Benoît Delavault, Directeur CAARUD Sida paroles, Responsable Mission squat MDM, Paris

Philippe Dupond, Infirmier responsable CJC Spiritek, Lille

Mylène Guillaume, Chargée de mission AIRDDS Bretagne, Rennes

Xavier Guillery, Médecin addictologue CSAPA L'Envol, Président de l'Airdds Bretagne, Rennes

Nathalie Lancial, Sociologue, Coordinatrice locale TREND-SINTES/OFDT Le Cèdre Bleu, Chargée de projets Union Régionale Nord-Pas-de-Calais Fédération Addiction, Lille

Maëla Lebrun-Gadelius, Infirmière, Chef de service Association Bus 31/32, Marseille

Etienne Normand, Chef de service CAARUD Intermèdes, Association Clémence Isaure, Toulouse

Gilles Penavayre, Chargé de projet RDR CAARUD Le Scud AIDES, Pau

Fabrice Perez, Représentant AFR, Techno+, ASUD, Paris

Gregory Pfau, Pharmacien, Coordinateur local TREND-SINTES/OFDT Association Charonne, Coordinateur Mission XBT MDM,

ELSA ECIMUD de l'hôpital de La Pitié Salpêtrière, Paris

Christophe Rimbaud, Educateur spécialisé CAARUD CEID, Bordeaux

Guillaume Suderie, Coordinateur local TREND-SINTES/OFDT Graphiti, Toulouse

Alberto Torres-Ramirez, Chef de service CAARUD STEP EGO, Paris

Christophe Wasselin, Coordinateur Mission Inter Reg France Belgique Spiritek, Lille

Relecteurs

Pierre-Yves Bello, Médecin de Santé Publique, Direction Générale de la Santé (DGS),

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

Nicolas Bonnet, Pharmacien spécialisé en santé publique, Directeur du RESPADD

Matthieu Chalumeau, Directeur de l'Airdds Bretagne

Geneviève Gey, Correctrice orthographique

Albert Herszkowicz, Médecin de Santé Publique, DGS, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

Comité de pilotage

Pierre-Yves Bello, Médecin de Santé Publique, DGS, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

Matthieu Chalumeau, Directeur de l'Airdds Bretagne

Albert Herszkowicz, Médecin de Santé Publique, DGS, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

Catherine Reynaud-Maurupt, Sociologue, Responsable des recherches GRVS

Conception graphique

Studio Quinze Mille

Financement

Direction Générale de la Santé – Programme 129 : Coordination du travail gouvernemental (Action 15 – MILDT)

Des remerciements particuliers pour Isabelle Michot, Documentaliste de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), et Béatrice Bessou, Documentaliste du Dispositif d'Appui Drogues et Dépendances PACA (DADD PACA), pour leur aide et leurs conseils en matière de recherche documentaire.

Merci également à Nicolas Bonnet, Directeur du RESPADD, pour ses conseils avisés, ses suggestions, sa disponibilité et la mise à disposition de salles pour nos groupes de travail.

Merci à Agnès Cadet-Tairou, Médecin de Santé Publique Responsable du Pôle TREND/SINTES de l'OFDT, pour son soutien et le partage de données récentes non encore publiées.

Merci enfin à Nicolas Baldovini, Enseignant Chercheur à l'Université de Nice Sophia Antipolis, bénévole Mission XBT/MDM, pour son précieux avis de spécialiste en chimie.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

8

- Un Guide destiné aux professionnels spécialisés 8
- Pourquoi proposer ce Guide ? 9
- Un Guide en trois parties :
 - 1 - Intervention précoce,
 - 2 - Effets et risques de l'usage de cocaïne basée,
 - 3 - Réduction des risques et des dommages 10
- La méthode de travail :
 - Un Guide élaboré à partir d'une démarche de concertation avec un groupe d'experts et d'une revue de la littérature scientifique 10
- Zoom sur la fabrication de la cocaïne 11
- Prix et pureté de la cocaïne en France 13
- Géographie française de l'usage de cocaïne basée 13
- Les effets de la cocaïne tels que les décrivent les usagers 14



INTERVENTION PRÉCOCE

16

- 1.1** DES GROUPES DE CONSOMMATEURS IDENTIFIÉS
DANS DES ESPACES PARTICULIERS 18
- 1.2** PROFILS DES USAGERS À RISQUE
D'EXPÉRIMENTATION DE COCAÏNE BASÉE 19
 - 1.2.1 ÊTRE DÉJÀ CONSOMMATEUR DE COCAÏNE
PAR UNE AUTRE VOIE D'ADMINISTRATION 20
 - 1.2.2 L'IMPORTANCE DE LA «CULTURE DES DROGUES»
DU GROUPE DE PAIRS 21
 - 1.2.3 DES ÉLÉMENTS COMPORTEMENTAUX OU ENVIRONNEMENTAUX
QUI PEUVENT ALERTER 23

1.3	ÉLÉMENTS DE BONNES PRATIQUES ET DE GUIDANCE D'ENTRETIEN	23
1.3.1	DES FILS ROUGES	23
	PRIVILÉGIER L'ENTRETIEN SANS ATTENDRE L'APPARITION DE SIGNES CLINIQUES	23
	AIDER LA PERSONNE À ESTIMER L'AMPLEUR DE SA CONSOMMATION ET SON CARACTÈRE PROBLÉMATIQUE	24
	UTILISER L'APPROCHE MOTIVATIONNELLE	25
	VÉRIFIER LE NIVEAU DES CONNAISSANCES DU CONSOMMATEUR SUR LE PRODUIT ET LES RISQUES ENCOURUS	25
	TENIR COMPTE DE L'EXPÉRIENCE DU CONSOMMATEUR	26
1.3.2	DES CLÉS DE COMPRÉHENSION	26
	CONTEXTUALISER LA PRATIQUE	26
	S'ADAPTER À LA CULTURE DE L'USAGER	28
	DISTINGUER LA DÉPENDANCE À LA COCAÏNE DE LA DÉPENDANCE AUX OPIACÉS OU À L'ALCOOL	28



ÉLÉMENTS DE CONNAISSANCE : EFFETS ET RISQUES DE L'USAGE DE COCAÏNE BASÉE **30**

2.1	DES PRÉJUGÉS RÉPANDUS SUR LA TRANSFORMATION DE LA COCAÏNE-POUDRE EN COCAÏNE-BASE	32
2.1.1	INFORMER SUR LE CARACTÈRE PHARMACOLOGIQUE SIMILAIRE DU CRACK ET DU FREE-BASE	32
2.1.2	BASER NE PERMET PAS D'OBTENIR UNE « COCAÏNE PURE »	35
2.2	CONNAÎTRE LES EFFETS	36
2.2.1	LES EFFETS RECHERCHÉS/RESSENTIS ET LES EFFETS INDÉSIRABLES	36
2.2.2	LA DIFFICULTÉ DE CONTRÔLER LA CONSOMMATION DE COCAÏNE BASÉE	37
	L'APPÉTENCE POUR LA RÉPÉTITION DES PRISES AU MOMENT DE LA SESSION DE CONSOMMATION : LE « CRAVING »	37
	LE RISQUE DE DÉPENDANCE CHEZ LES USAGERS CHRONIQUES	38
2.3	CONNAÎTRE LES CONSÉQUENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES DE L'USAGE CHRONIQUE	40
2.4	CONNAÎTRE LES RISQUES SANITAIRES	41

3.1	RÉDUIRE LA DANGEROSITÉ IMMÉDIATE DES PRISES DE COCAÏNE BASÉE	48
3.1.1	SE RENSEIGNER AUTANT QUE POSSIBLE SUR LA COMPOSITION DE LA COCAÏNE UTILISÉE.....	48
3.1.2	RÉDUIRE LES RISQUES POUR LA SANTÉ EN PRÉPARANT LE FREE-BASE	48
	PRÉFÉRER LE BICARBONATE DE SOUDE À L'AMMONIAQUE POUR BASER.....	48
	RINCER PLUSIEURS FOIS LE CAILLOU DANS LE CAS D'UNE PRÉPARATION À L'AMMONIAQUE.....	51
	RANGER L'AMMONIAQUE HORS DE PORTÉE DES ENFANTS ET LA CONSERVER DANS UN RÉCIPIENT IDENTIFIABLE.....	51
3.1.3	RÉDUIRE LES RISQUES POUR LA SANTÉ LORS DE LA CONSOMMATION DE COCAÏNE BASÉE.....	52
	NE PAS PARTAGER SA PIPE ET LE MATÉRIEL DE PRÉPARATION DU FAIT DU RISQUE DE TRANSMISSION DES HÉPATITES VIRALES B ET C.....	52
	METTRE À DISPOSITION DES KITS BASE («KITS CRACK») ET DES EMOUBTS POUR PIPE.....	54
	INFORMER SUR LA POSSIBILITÉ DE FUMER SUR DES FEUILLES D'ALUMINIUM.....	55
	ÉVITER L'INJECTION DE COCAÏNE BASÉE.....	57
3.1.4	ÉVITER LES MALAISES ET L'OVERDOSE.....	58
	TOUJOURS COMMENCER PAR UNE «PETITE» DOSE POUR ÉPROUVER L'EFFET.....	58
	ÉVITER LES MÉLANGES DE PRODUITS PSYCHOACTIFS.....	58
	SAVOIR RECONNAÎTRE UNE OVERDOSE.....	59
3.1.5	SÉCURISER LE CONTEXTE DES PRISES.....	61
	RESTER DANS UN ENDROIT SÉCURISÉ ET NE PAS CONDUIRE UN VÉHICULE.....	61
	RISQUES SEXUELS : AVOIR DES PRÉSERVATIFS ET DU GEL À DISPOSITION.....	61
3.2	RÉDUIRE LES RISQUES POUR LA VIE SOCIALE ET LA SANTÉ PSYCHIQUE	62
3.2.1	INCITER LE CONSOMMATEUR À PLANIFIER SA CONSOMMATION DANS LE BUT D'ORGANISER DES PLAGES DE REPOS ET DE PRÉPARER « LA DESCENTE ».....	62
3.2.2	INCITER LE CONSOMMATEUR À VEILLER À LA MAÎTRISE DE SON BUDGET.....	63
3.2.3	INCITER LE CONSOMMATEUR À SE FIXER DES LIMITES.....	63
3.2.4	AIDER L'USAGER À PRENDRE CONSCIENCE DE L'INTÉRÊT DE CONSERVER DES LIENS AVEC UN ENTOURAGE NON CONSOMMATEUR.....	64
3.2.5	RAPPELER LE RISQUE JUDICIAIRE.....	65

3.3	PROFITER DES LIENS ÉTABLIS AVEC LE CONSOMMATEUR POUR DÉVELOPPER UNE APPROCHE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE	66
3.3.1	L'ÉDUCATION PAR LES PAIRS POUR DIFFUSER LES MESSAGES DE RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES CONSOMMATEURS INCONNUS DU DISPOSITIF SPÉCIALISÉ.....	66
3.3.2	LES GROUPES DE CONSOMMATEURS COMME EXPERTS DE LEUR PROPRE PRATIQUE.....	67
3.4	RÉDUCTION DES RISQUES DE L'INJECTION PAR L'USAGE FUMÉ DE COCAÏNE BASÉE	67

CONCLUSION	68
-------------------	-----------

ANNEXES	70
----------------	-----------

• Prévalence de l'usage de cocaïne en population générale.....	70
• Prévalence des usages de cocaïne en populations spécifiques.....	72
Population fréquentant les CAARUD.....	72
Population fréquentant l'espace festif « Musiques Electroniques ».....	73

BIBLIOGRAPHIE	75
----------------------	-----------

• Articles scientifiques.....	75
• Rapports scientifiques.....	77
• Ouvrages.....	78
• Littérature « grise », communications orales, sites internet.....	78
• Supports de prévention.....	79

INTRODUCTION

La **cocaïne** est une substance stimulante/excitante et anorexigène, fabriquée à partir des feuilles de coca. Classée dans la catégorie des stupéfiants, son usage est interdit en France par la Loi du 31 décembre 1970. La **cocaïne basée** est un terme qui permet de désigner à la fois le « crack » et le « free-base ». La cocaïne basée est préparée à partir de la poudre de cocaïne et se présente sous forme de « caillou » ou de « galette ».

- Le **crack** est une cocaïne basée vendue directement sous forme de caillou ou de galette [préparée en amont de la vente].
- Le **free-base**, aussi appelé « **la base** », est un caillou ou une galette que le consommateur prépare lui-même de façon artisanale à partir de la poudre de cocaïne.

Le crack et le free-base sont deux produits identiques du point de vue pharmacologique.

• UN GUIDE DESTINÉ AUX PROFESSIONNELS SPÉCIALISÉS

Ce Guide de prévention s'adresse à tous les professionnels du dispositif spécialisé en addictologie, particulièrement les professionnels exerçant dans les CAARUD [Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques], les dispositifs de prévention et de réduction des risques en milieu festif, ainsi que les Consultations Jeunes Consommateurs, les CSAPA [Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie], les services hospitaliers spécialisés en addictologie, et les ELSA [Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie].

Ce Guide a l'objectif de fournir des clés de compréhension pour les professionnels exerçant dans ces structures, permettant d'aborder toutes les dimensions de l'usage de cocaïne basée lors d'entretiens avec

des usagers potentiels ou confirmés.

En ce qui concerne les centres de soins, il faut attirer l'attention sur l'intérêt de rendre visible l'accès à une « consultation spécialisée cocaïne » pour faire émerger la communication avec les usagers sur la pratique de la cocaïne basée. Les usagers de drogues intègrent généralement le fait que les centres de soins spécialisés prennent principalement en charge les consommateurs d'opiacés. Ainsi, afficher une « consultation cocaïne », qui peut être une consultation médicale ou une consultation animée par un psychologue, peut amener de nouveaux entrants dans la file active.

• POURQUOI PROPOSER CE GUIDE ?

Deux raisons principales justifient de proposer un Guide rassemblant les données connues sur l'usage de cocaïne basée.

- **Les risques sanitaires importants** associés à la consommation de cocaïne basée, notamment les risques de contamination par les hépatites virales [hépatite C, hépatite B] lors du partage des pipes à crack, qui doivent être rappelés aux consommateurs, ainsi que le risque léthal [entre autres overdose et accident cardio-vasculaire]. Une partie des consommateurs se croient en effet à l'abri de la transmission virale et de l'overdose du fait de l'utilisation de la voie fumée [certains pensent à tort que les contaminations virales et l'overdose se limitent à la voie injectable].
- **Le caractère pharmacologique identique du crack et du free-base**, qui n'est pas toujours connu par les consommateurs et les professionnels. Certains consommateurs fument du free-base sans imaginer qu'ils consomment en réalité un produit identique au crack.

Ce Guide se limite à la prévention et n'aborde pas la prise en charge thérapeutique des usagers de cocaïne.

La prise en charge thérapeutique des usagers de cocaïne a déjà fait l'objet d'un travail de synthèse conduit par la Haute Autorité de Santé [HAS]. Les professionnels désireux de s'informer sur la prise en charge thérapeutique des usagers de cocaïne sont invités à se reporter au document suivant :

*Haute Autorité de Santé [HAS], Prise en charge des consommateurs de cocaïne : recommandations de bonnes pratiques, 2010, 274 pages.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_951095/prise-en-charge-des-consommateurs-de-cocaine*

• UN GUIDE EN TROIS PARTIES :

1

Intervention précoce

2

Effets et risques de l'usage de cocaïne basée

3

Réduction des risques et des dommages

Ce Guide a été conçu pour rassembler des informations opérationnelles pour les professionnels qui exercent sur le terrain auprès des consommateurs actifs et des consommateurs potentiels. Ces informations sont présentées en trois parties qui traitent respectivement de l'intervention précoce auprès des usagers, des effets et des risques de l'usage de cocaïne basée du point de vue de l'addictologie, et en dernier lieu des messages de réduction des risques et des dommages qui doivent être diffusés auprès des consommateurs.

Les données épidémiologiques récentes disponibles sur l'usage de cocaïne basée sont proposées en annexe.

• LA MÉTHODE DE TRAVAIL : un Guide élaboré à partir d'une démarche de concertation avec un groupe d'experts et d'une revue de la littérature scientifique

Une revue de la littérature a d'abord été réalisée en juin 2012. Elle s'appuie sur les revues de la littérature internationale déjà effectuées en addictologie et médecine [HAS, 2010] et en sciences sociales [Decorte, 2000 ; Decorte & Slock, 2005], ainsi que sur l'exploration des bases de données OFDT et Medline. La base documentaire de l'OFDT a permis de faire le point sur les travaux français d'épidémiologie et de sciences sociales, mais aussi sur la littérature internationale en sciences sociales pour la période récente [2005-2012]. La base de données Medline a particulièrement été mise à profit pour examiner la littérature internationale portant sur la Réduction des risques et des dommages liés à l'usage de cocaïne. Cette revue a ensuite été complétée par l'interrogation spécifique de plusieurs fonds documentaires : Centre de documentation du dispositif d'appui drogues et dépendances DADD-PACA, Marseille ; Centre de documentation OFDT, Saint Denis ; Centre québécois de documentation en toxicomanie, Montréal. Cette recherche complémentaire a notamment permis de prendre connaissance de documents non publiés sur des expériences de réduction des risques pour l'usage de cocaïne basée. Cette revue de la littérature peut être

consultée en ligne sur les sites du GRVS et de l'AIRDDS Bretagne.
<http://www.grvs06.org/doc/Revue.Litt%C3%A9rature.CC.bas%C3%A9e.JUIN2012.pdf>
[http://www.cirdd-bretagne.fr/outils/publications/?no_cache=1&tx_publications_pil\[showUid\]=27](http://www.cirdd-bretagne.fr/outils/publications/?no_cache=1&tx_publications_pil[showUid]=27)

Les experts mobilisés pour concevoir ce Guide ont été choisis en fonction de leur connaissance de l'usage de cocaïne basée et de ses consommateurs, mais aussi en veillant à associer différents horizons disciplinaires. Deux groupes ont été constitués, qui ont été réunis en septembre 2012. Les réunions ont été animées en suscitant le débat à partir des données de la littérature. Faire travailler deux groupes séparément présentait l'intérêt de contrôler la qualité de l'expertise, en observant si les deux groupes parvenaient aux mêmes recommandations sur tous les thèmes abordés. Chaque réunion a été enregistrée et a fait l'objet d'une note de synthèse.

Le Guide a ensuite été rédigé à partir des recommandations des experts et de la revue de la littérature. Les experts ont de nouveau été sollicités au mois de mai 2013 pour finaliser le document, de façon à assurer un consensus du collectif sur les recommandations émises dans le Guide et leur présentation.

L'ensemble de la littérature mobilisée pour la rédaction est détaillée en fin de Guide [Voir la rubrique « Bibliographie »]. Cependant, pour alléger la lecture, les références sont citées dans le corps du texte seulement lorsque celui-ci concerne des données spécifiques [données chiffrées ou texte littéral].

• ZOOM SUR LA FABRICATION DE LA COCAÏNE

Source texte : Canarelli T, Lerménier A, Dambélé S, Carte d'identité de la cocaïne, in : Poussel M [Dir], Cocaïne : données essentielles, OFDT, 2012, p.11-17.

Cocaïer et feuilles de coca



e Fotolia

La cocaïne est fabriquée à partir des feuilles d'un arbuste sud-américain appelé cocaïer, qui se retrouve principalement en Bolivie, en Colombie et au Pérou. Il se caractérise par des rameaux à l'écorce brun-rouge qui lui a valu le nom d'*Erythroxylum* [du Grec ancien *Erutros xulon* « bois rouge »] et par des feuilles ovales appelées Coca. Extraite de ces feuilles, la cocaïne en est le principal alcaloïde, avec une

concentration comprise entre 0,5% et 1,5%, du fait de différents facteurs : espèce, variété, origine géographique ou altitude de culture notamment.

Des feuilles à la pâte de coca : la fabrication de la « pasta »



© Fotolia

Les feuilles de coca sont mises à sécher plusieurs jours avant de subir une phase d'extraction consistant à les mélanger avec un produit alcalin [carbonate de sodium ou de calcium] et un solvant organique [kérosène ou benzène]. Une fois les débris des feuilles ôtés, l'adjonction d'une base forte [soude] va donner la pâte de coca [« pasta » ou « bazooka »], de couleur brunâtre, qui est mise à sécher. Cette

forme intermédiaire, dont le degré de pureté varie de 80% à 90%, est parfois consommée sur les lieux de sa production par voie fumée.

De la pâte de coca à la cocaïne



© Fotolia

Après une série d'opérations - filtrage, nettoyage, et à nouveau séchage à l'aide de plusieurs substances chimiques et d'un traitement par permanganate de sodium, une forme de cocaïne base est obtenue puis dissoute par de l'acétone, avant que lui soit adjoint de l'acide chlorhydrique.

Est alors obtenu le chlorhydrate de cocaïne, forme finale se présentant macroscopiquement comme une poudre blanche, floconneuse et cristalline et qui, avant d'être distribuée, sera coupée avec divers produits [lactose, anesthésiques locaux, autres substances...] pour être sniffée ou injectée.

De la cocaïne au crack/free-base



© Fotolia

La poudre de cocaïne peut enfin être modifiée après dissolution dans de l'eau et adjonction d'un agent alcalin comme le bicarbonate de soude ou l'ammoniaque. Le crack est préparé en amont de la vente, le plus souvent avec du bicarbonate de soude, tandis que le free-base est préparé par le consommateur, le plus souvent à l'aide d'ammoniaque.

• PRIX ET PURETÉ DE LA COCAÏNE EN FRANCE

Après une forte baisse pendant les années 2000 [autour de 85 euros le gramme en 2000 à 60 euros environ en 2009], le prix de la cocaïne vendue à l'usage tendrait à remonter légèrement : en 2011, il atteindrait près de 65 euros le gramme, voire un peu plus dans les lieux ou événements festifs, donnée confirmée en 2012 par les relevés de prix de l'OCRTIS [Office Central pour la Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants] [OFDT, Drogues et Addictions : données essentielles, 2013].

Parallèlement, alors qu'elle était stable depuis plusieurs années, la teneur moyenne de la cocaïne « de rue » régresse entre 2010 et 2011. La majorité des saisies de rue affiche une pureté située entre 10% et 20% pour une moyenne située à 27% de cocaïne pure, soit 10 points de moins qu'en 2010. En 2011, les principaux produits de coupage actifs retrouvés dans la cocaïne sont le léuamisole, un antiparasitaire dont la présence est de plus en plus fréquente [71% des lots saisis contre 0% en 2004 et 9 % du poids de l'échantillon en moyenne], la phénacétine qui est un antalgique désormais interdit pour ses effets néphrotoxiques [39% des échantillons et 32% du poids], et la caféine [37% des échantillons et 13% du poids]. Les autres substances actives retrouvées sont notamment l'hydroxyquine, un anxiolytique, et le diltiazem [Tildiem®], un anti-calciqie utilisé en cardiologie. Les diluants [non actifs] sont majoritairement des sucres: mannitol, lactose, inositol. [OFDT, Drogues et Addictions : données essentielles, 2013].

Le prix de la cocaïne ne constitue pas un indicateur fiable pour estimer le degré de pureté du produit.



• GÉOGRAPHIE FRANÇAISE DE L'USAGE DE COCAÏNE BASÉE

Le « free-base » désigne la préparation artisanale de la poudre de cocaïne pour la transformer en caillou de cocaïne basée, aussi son usage concerne-t-il l'ensemble du territoire.

Par contre, la vente de crack [déjà vendu sous forme de caillou prêt à fumer] se concentre sur des territoires bien délimités. En dehors de quelques cas ponctuels de vente repérés dans certaines capitales régionales, ce marché concerne le nord-est parisien et, depuis 2008, la zone limitrophe du département de Seine-Saint-Denis. Les départements français d'Amérique sont, quant à eux, très touchés depuis les années 1980, du fait de leur proximité avec les zones de production [Antilles et Guyane].

• LES EFFETS DE LA COCAÏNE TELS QUE LES DÉCRIVENT LES USAGERS

Les effets de la cocaïne sont modulés selon la voie d'administration utilisée. L'usage de poudre par voie nasale, le plus répandu, ne procure pas de « flash » ou de « rush », contrairement à l'usage de poudre par voie injectable ou l'usage de cocaïne basée par voie fumée [des cas marginaux d'usage par voie injectable de cocaïne basée sont aussi documentés]. Le « flash » ou le « rush » désigne une explosion brusque de plaisir dans les secondes qui suivent l'injection ou l'inhalation.

Les effets de la cocaïne sont brefs : une session de consommation est donc généralement composée de plusieurs prises qui se succèdent. Toutefois, l'administration par voie nasale procurerait une sensation de bien-être plus longue que la consommation par voie injectable ou par voie fumée. Les consommateurs rapportent une sensation d'euphorie [le « high »] qui dure entre 15 et 30 minutes lors d'une consommation par voie nasale, entre 10 et 20 minutes lors d'une consommation par voie injectable [avec un « rush » qui survient 30 à 45 secondes après l'injection], alors qu'elle ne dure que 5 à 10 minutes lors d'une consommation de crack/tree-base par voie fumée [avec un « rush » qui survient 8 à 12 secondes après l'inhalation]. Les consommateurs insistent sur le fait que l'administration de cocaïne en injection ou de cocaïne basée par voie fumée démultiplie les effets ressentis.

Les études qualitatives conduites au cours des trois dernières décennies auprès des consommateurs de cocaïne en France, en Europe et aux États-Unis, dressent une configuration d'effets recherchés, ressentis ou indésirables qui apparaît à la fois complète et réaliste. Ces travaux se rejoignent en effet sur les principaux effets, qui sont qualifiés de « typiques ». La cocaïne permet d'accroître son énergie et la confiance en soi ; elle procure un sentiment d'euphorie, d'excitation et de relaxation ; elle facilite la communication et favorise les relations sociales, réduit la timidité ; elle permet d'être plus créatif, plus lucide, mieux concentré. Enfin, elle permet de supporter l'absorption de plus grandes quantités d'alcool. La cocaïne est aussi un stimulant sexuel, mais cet effet recherché n'est pas toujours obtenu, notamment chez les hommes [l'excitation sexuelle est généralement amplifiée, mais des difficultés d'érection peuvent survenir].

Toutefois, la démultiplication des effets ressentis lors d'une administration de cocaïne en injection ou de cocaïne basée par voie fumée, la sensation du « rush » et la plus courte durée des effets conduisent souvent les usagers à considérer que ce type d'usage ne favorise pas la communication et les relations sociales, comme c'est le cas lors de l'usage par voie nasale.

Les effets indésirables les plus souvent cités par les consommateurs eux-mêmes sont essentiellement la dépendance psychologique, le fait que la cocaïne rend égocentrique et introverti, mais aussi agressif et irritable, dépressif, mégalomane, superficiel, suspicieux, et qu'elle génère des réactions disproportionnées. Les consommateurs soulignent aussi que l'usage de cocaïne les conduit à fumer beaucoup plus de tabac et à perdre l'appétit. Enfin, ils citent les effets secondaires de la stimulation que sont l'agitation et l'insomnie.



IN **T**ERVENTION **7** PRÉCOCE



L'intervention précoce ciblée sur la prévention et la réduction des risques et des dommages de l'usage de cocaïne basée s'adresse aux consommateurs occasionnels ou réguliers, ainsi qu'à tous les usagers de substances psychoactives que les professionnels pourraient considérer comme étant « à risque d'expérimentation », ou qui, d'eux-mêmes, cherchent à recueillir de l'information sur l'usage de cocaïne basée.

Le point sur la connaissance relative aux groupes de consommateurs identifiés et aux usagers à risque d'expérimentation permet tout d'abord de donner des éléments de repérage.

Dans un second temps, un rappel des principaux savoir-faire issus de la connaissance en addictologie et des axes privilégiés d'investigation en matière d'usage de cocaïne basée constituent un cadre de guidance d'entretien. Cette posture professionnelle doit ensuite permettre d'aborder au mieux, avec les consommateurs potentiels ou confirmés, le thème des risques associés à la cocaïne et des moyens qui peuvent être mis en œuvre pour les réduire.

1.1 **D**ES GROUPES DE CONSOMMATEURS IDENTIFIÉS DANS DES ESPACES PARTICULIERS

En France, trois principaux groupes de consommateurs de cocaïne basée sont identifiés par les études épidémiologiques et en sciences sociales.

- **Des consommateurs de cocaïne basée vivant en situation de précarité [crack à Paris, free-base sur l'ensemble du territoire] :** il s'agit des usagers de crack parisiens qui se regroupent dans le 18^e arrondissement et plus largement le nord-est parisien, mais aussi des consommateurs plus occasionnels de free-base vivant en province ou d'autres zones de la région parisienne. Ils fréquentent souvent les CAARUD.
- **Des consommateurs de cocaïne basée qui fréquentent l'espace festif techno, notamment l'espace festif alternatif [free-party, teknival], qui préparent eux-mêmes leur free-base.** Ceux-ci sont toutefois minoritaires parmi les usagers de drogues qui fréquentent ce milieu festif.
- **Des consommateurs de cocaïne basée vivant aux Antilles, où elle est principalement consommée sous forme de crack.** Parmi ceux-ci, bien connus des CSAPA et CAARUD locaux, nombreux sont ceux qui vivent en situation de grande précarité. Les profils sociaux sont cependant plus variés que ce qui est observé chez les usagers de crack parisiens, avec différents degrés d'insertion sociale.

Une synthèse des principales données épidémiologiques relatives à ces groupes de consommateurs est proposée en annexe de ce Guide.

→ Toutefois, les études épidémiologiques réalisées auprès des usagers des CAARUD et des amateurs de l'espace festif techno [comme exposées en annexe] participent à rendre visible un phénomène, mais peuvent conduire à sous-estimer l'usage dans d'autres groupes sociaux.

1.2 **P**ROFILS DES USAGERS À RISQUE D'EXPÉRIMENTATION DE COCAÏNE BASÉE



NE PAS CONFONDRE FACTEURS DE RISQUES ET CAUSES SUFFISANTES

De façon générale, il faut se méfier de l'utilisation de critères censés définir à l'avance quelles sont les personnes à risque de débiter l'usage de stimulants, dont la cocaïne. La sélection et la compilation de facteurs de risques [par exemple, le fait d'utiliser des coupe-faim, de souffrir de comorbidités psychiatriques, ou bien encore d'être en échec scolaire, ou d'avoir des moyens financiers importants] peuvent entraîner des raisonnements inappropriés. L'utilisation généralisée et « mécanique » de tels critères augmente le risque de faux diagnostics, produit de la stigmatisation ou au contraire peut conduire à ignorer une situation problématique qui ne correspond pas à ces critères.

1.2.1 ÊTRE DÉJÀ CONSOMMATEUR DE COCAÏNE PAR UNE AUTRE VOIE D'ADMINISTRATION

Les personnes qui consomment déjà de la cocaïne en poudre par voie nasale ou par voie injectable sont plus à risque que d'autres consommateurs d'expérimenter la cocaïne basée, en raison de leur accès au produit et de leur appétence pour les effets. Les consommateurs de cocaïne basée socialement insérés qui consultent pour ce problème, comme ceux qui ont été interviewés dans le cadre d'études qualitatives, ont pratiquement tous commencé par consommer de la cocaïne par voie nasale avant d'essayer l'usage fumé de cocaïne basée.

L'usage chronique de stimulants autres que la cocaïne constitue aussi vraisemblablement un consommateur à risque d'expérimenter la cocaïne basée, bien qu'il n'existe pas de données scientifiques issues d'études qualitatives ou quantitatives pour accréditer cette hypothèse. On évoque ici particulièrement les stimulants illicites à base amphétaminique : principalement les amphétamines [*speed*], métamphétamines [*crystal, ice, yaba*], voire l'ecstasy/MDMA,...

Concernant les consommateurs de cocaïne qui utilisent la voie injectable, il est nécessaire de prendre en compte que l'usage fumé de cocaïne basée peut être envisagé comme un outil de réduction des risques spécifiques à l'injection. [Voir page 67 : « Réduction des risques de l'injection par l'usage fumé de cocaïne basée »].



COCAÏNE ET POLYCONSOMMATION

Les usagers de cocaïne sont connus pour leur polyconsommation : en plus de la cocaïne, ils utilisent souvent d'autres produits [le plus souvent alcool, tabac, cannabis, ecstasy, opiacés, benzodiazépines]. Dans une enquête conduite auprès des personnes qui fréquentent l'espace festif techno, les usagers de cocaïne ont 3 fois plus de risques que les autres d'avoir mélangé au moins trois produits différents - sans compter le tabac - au cours d'une même soirée durant le mois qui a précédé l'enquête [Reynaud-Maurupt, Chaker, Claverie, Monzel, Moreau, 2007]. Dans une autre étude portant sur des usagers de kétamine fréquentant le milieu festif techno, 52% avaient déjà

consommé du crack ou du free-base [Reynaud-Maurupt, Bello, Toufik, Akoka, 2007]. Les usagers de crack connus des structures de réduction des risques intervenant dans l'espace public parisien rapportent l'utilisation de médicaments détournés de leur usage pour réguler les consommations de crack, qui officient à ce stade comme un opiacé à moindre coût –notamment des médicaments de substitution aux opiacés [MSO] - [Espoir Goutte d'Or [EGO], 2005]. Aux Antilles, qui connaît une forte population de consommateurs de crack, une étude conduite auprès de 750 patients dépendants au crack et pris en charge par une structure spécialisée montre que 94% consomment régulièrement de l'alcool, et que celui-ci est particulièrement associé à l'usage du crack : soit pour supporter « la descente », soit comme produit déclencheur de l'envie de crack [Lacoste, Charles-Nicolas, 2009].



1.2.2 L'IMPORTANCE DE LA « **CULTURE DES DROGUES** » DU GROUPE DE PAIRS

Le terme de « groupe de pairs » désigne un groupe d'amis, ou plus largement un groupe de personnes ayant un mode de vie similaire, ou bien des affinités particulières sur le plan culturel, artistique ou de loisirs. Un « pair » désigne ainsi une personne dans laquelle on reconnaît son semblable.

La culture des drogues dans le groupe de pairs, c'est-à-dire la pratique déjà existante de la cocaïne basée ou la promotion de cette pratique, constitue une voie d'entrée majeure vers une première expérience.

Toutefois, la simple rencontre de consommateurs de cocaïne basée peut constituer une voie d'entrée similaire, sans même être fortement inscrit dans un tel groupe.

La culture de la consommation de drogues dans le groupe de pairs explique d'ailleurs les cas d'accès direct à l'usage fumé de cocaïne basée, sans passer au préalable par une autre voie d'administration de la cocaïne.

En France métropolitaine, dans les populations marginalisées des quartiers de Paris où la cocaïne basée est vendue directement sous forme de crack, nombreux sont ceux qui n'ont jamais consommé de poudre de cocaïne par voie nasale au préalable. Ils adoptent directement les pratiques ayant cours dans leur groupe de pairs.

Dans les populations plus insérées, le groupe de référence prend une place fondamentale dans l'initiation, du fait de la promotion de la pratique mais aussi du fait de son rôle dans l'apprentissage de la technique permettant de baser soi-même la cocaïne.

Aux Antilles, où l'usage est plus répandu, débiter directement par l'usage de cocaïne basée sous forme de crack est la règle [pas d'usage par voie nasale préalable]. Lorsque les consommateurs ne débiter pas cette pratique en fumant le produit à l'aide d'une pipe à crack [cas le plus fréquent], ils l'expérimentent en le mélangeant à un joint de cannabis, appelé « black joint ».



COCAÏNE ET SEXUALITÉ

Les premières prises de cocaïne, notamment par voie nasale, peuvent être liées au contexte sexuel, dans une recherche de performance et d'exacerbation du plaisir. Cependant, ce serait peu le cas de l'usage fumé de cocaïne basée. Toutefois, il faut avoir à l'esprit, dans le cadre de la prévention de l'usage, qu'il peut y avoir un enchaînement qui conduit des premières prises par voie nasale dans le contexte sexuel à un usage ultérieur de cocaïne basée par voie fumée.

L'usage de cocaïne dans le cadre sexuel concerne aussi les activités prostitutionnelles, pour supporter le rythme de l'activité, voire l'activité elle-même. Selon une étude réalisée auprès de femmes qui pratiquent la prostitution [Caqliero, Laqrangé, 2004], la prise de cocaïne par voie nasale facilite l'attente, ainsi que le fait de supporter le froid et le client. Par contre, si l'usage de crack peut constituer une motivation pour se prostituer afin de gagner l'argent nécessaire à l'achat du produit, il n'aqit pas comme un facilitateur des relations avec la clientèle.

1.2.3 DES ÉLÉMENTS COMPORTEMENTAUX OU ENVIRONNEMENTAUX QUI PEUVENT ALERTER

Trois éléments doivent conduire à pressentir fortement un usage de cocaïne basée chez une personne :

- La possession de pipes à crack
- La possession d'une grande quantité d'ammoniaque ou de bicarbonate de soude
- La fréquentation d'un consommateur expérimenté de cocaïne basée ou d'un groupe de consommateurs.

De plus, un brusque changement de comportement, ou la dégradation soudaine d'une situation, peuvent aussi être des indicateurs d'une consommation.

Ces signes impliquent de chercher à comprendre ce qui explique ce changement, sans pour autant préjuger des raisons qui en sont à l'origine : cela peut certes être dû à la cocaïne, mais aussi à un autre produit, ou un événement de vie...

1.3. ÉLÉMENTS DE BONNES PRATIQUES ET DE GUIDANCE D'ENTRETIEN

1.3.1 DES FILS ROUGES

PRIVILÉGIER L'ENTRETIEN
SANS ATTENDRE L'APPARITION DE SIGNES CLINIQUES

Les symptômes physiques de l'intoxication à la cocaïne, dont les lésions localisées (brûlures aux lèvres, aux mains) propres aux fumeurs de cocaïne basée, ne concernent pas les consommateurs occasionnels, ni l'ensemble des consommateurs en début de trajectoire. Il est probable qu'un consommateur de cocaïne basée ne présente pas de stigmates physiques ni de symptômes cliniques évidents et spécifiques. L'entretien doit ainsi être privilégié pour effectuer l'analyse de la situation.

AIDER LA PERSONNE À ESTIMER L'AMPLEUR DE SA CONSOMMATION ET SON CARACTÈRE PROBLÉMATIQUE

Tout l'intérêt de l'intervention précoce est d'amener la personne à réfléchir sur sa consommation, à poser elle-même un regard critique sur sa pratique, voire la remettre en question. A l'inverse, vouloir convaincre en insistant d'emblée sur les méfaits risque de faire fuir et de faire perdre le lien de confiance. Aider la personne à réfléchir sur l'ampleur de sa consommation, sur ses motivations et ses prises de risques, nécessite d'explorer le caractère multidimensionnel de la pratique, dans son cas particulier :

Dans quels contextes consomme-t-elle ? A quel rythme ?
Les façons de préparer et de consommer le produit respectent-elles les principes de réduction des risques ?
Consomme-t-elle seule ? Lui arrive-t-il de renoncer à des sorties ou à voir des amis parce qu'elle a l'occasion de consommer ? Conserve-t-elle des relations avec des gens qui ne consomment pas ?
Quel est le budget qu'elle consacre à cette consommation ? Revend-elle du produit pour payer sa consommation personnelle ?
Quelles sont ses motivations quand elle décide de consommer ? Quels sont les bénéfices et les fonctions de la consommation ?
Ressent-elle des effets négatifs de sa consommation ?
Est-ce que tous ces aspects ont évolué dans le temps depuis la première consommation au cours de la vie ? La place du produit dans la vie quotidienne a-t-elle changé ?
Peut-elle prendre le temps de réfléchir aux bénéfices qu'elle gagnerait si elle cessait ou diminuait sa consommation ?

Il faut d'autre part garder à l'esprit que certains consommateurs de cocaïne basés sont avant tout dans une recherche de plaisir et parviennent à maintenir un usage occasionnel [qui conserve toujours des dangers potentiels : prise de risques infectieux, overdose, etc.]. Pour d'autres, que l'usage soit occasionnel ou chronique, la consommation assure une fonction psychique particulière.

De plus, il faut souligner que la fréquence d'usage est une notion insuffisante et parfois trompeuse pour juger du caractère problématique d'une consommation. La fréquence d'usage est une dimension parmi d'autres, car certains usages occasionnels peuvent néanmoins se révéler problématiques ou révéler des souffrances.

UTILISER L'APPROCHE MOTIVATIONNELLE

Les principaux fils directeurs de l'approche motivationnelle consistent à travailler sur la valorisation de l'usager et l'estime de soi, sur le renforcement des compétences personnelles, ainsi que sur son projet de vie. L'entretien est conduit dans une attitude de non jugement et vise le changement de comportement, ainsi que le renforcement de la motivation.

L'entretien s'affiche explicitement comme un moment d'accompagnement à la réflexion sur sa pratique, et d'échanges sur les connaissances disponibles, pour favoriser des choix éclairés. Il s'appuie sur un travail d'écoute active et un abord relationnel caractérisé par l'empathie et le refus des attitudes coercitives. L'objectif *in fine* est de guider le consommateur dans son processus décisionnel, en respectant les différentes étapes par lesquelles il a le sentiment de devoir passer. La responsabilisation et l'autonomie dans ses choix sont privilégiées.

VÉRIFIER LE NIVEAU DES CONNAISSANCES DU CONSOMMATEUR SUR LE PRODUIT ET LES RISQUES ENCOURUS

L'entretien doit constituer l'occasion de vérifier le niveau des connaissances du consommateur, en ce qui concerne les thèmes évoqués dans la suite de ce Guide : caractère pharmacologique similaire du crack et du free-base, persistance des produits de

coupe dans le caillou de cocaïne base, difficultés de contrôler l'usage de cocaïne et risque d'usage compulsif, effets indésirables, risques sanitaires encourus par les consommateurs chroniques et par les consommateurs occasionnels...

L'entretien constitue un moment privilégié pour lui fournir, le cas échéant, informations et documentation de prévention. Il est conseillé de mettre à disposition des documents d'information dits « flyers », que le consommateur peut emporter, ou sur la base desquels la discussion peut être amorcée. Il convient de se rapprocher de :

- l'INPES . Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé, www.inpes.sante.fr
- l'AFR . Association Française pour la Réduction des Risques, www.a-f-r.org
- Techno + ou d'autres associations de santé communautaire, www.technoplus.org
- ASUD . www.asud.org

TENIR COMPTE DE L'EXPÉRIENCE DU CONSOMMATEUR

Il faut insister sur l'importance de reconnaître l'expérience du consommateur en matière d'usage des drogues. Prendre en compte les effets positifs ressentis du point de vue du consommateur et les bénéfices qu'il estime retirer de sa pratique constitue un préalable nécessaire pour faire accepter l'information sur les effets négatifs du produit et les conséquences péjoratives de l'usage sur la santé et la vie sociale.

1.3.2 DES CLÉS DE COMPRÉHENSION

CONTEXTUALISER LA PRATIQUE

Comme déjà évoqué [Voir page 18 : « Des groupes de consommateurs identifiés dans des espaces particuliers »], les études conduites auprès des consommateurs ont principalement repéré deux populations à risque d'usage : d'une part, des usagers proches de l'espace festif techno, qui consomment du free-base qu'ils préparent eux-mêmes ; d'autre part, des usagers vivant en situation de précarité et fréquentant souvent les CAARUD. Ces derniers peuvent consommer du crack directement acheté

sous forme de caillou [principalement à Paris, aux Antilles, et en Guyane], ou consommer du free-base qu'ils préparent eux-mêmes [ce qui est le plus courant en province, où le marché du crack n'est pas organisé comme en région parisienne ou aux Antilles].

Cette catégorisation populationnelle peut masquer des usages existant dans d'autres milieux sociaux, en dehors de ces deux catégories. Il est néanmoins pertinent de situer son interlocuteur en fonction des connaissances existantes sur ces populations particulières, notamment pour estimer l'ampleur des risques encourus.

Ainsi le recueil des précisions suivantes est essentiel :

- La personne prépare-t-elle elle-même son free-base ou achète-t-elle du crack vendu directement sous forme de caillou ?
- Consomme-t-elle dans un appartement privé, dans la rue, à l'occasion de manifestations festives ?

Tous les éléments de contexte doivent permettre d'orienter l'entretien, pour aborder les dimensions de la pratique en fonction de ce que la personne vit effectivement lorsqu'elle consomme le produit.



ÉVITER L'ARGUMENT QUI CONSISTE À VOULOIR DÉCOURAGER LA PRATIQUE EN ARGUANT DU CARACTÈRE NON FESTIF DES EFFETS RESENTIS

La conception d'une pratique dite festive est extrêmement subjective et certains consommateurs qui apprécient le free-base peuvent estimer que l'effet correspond à ce qu'eux-mêmes définissent subjectivement comme relevant du « festif ». Certains d'entre eux pourront même avoir des difficultés à l'admettre devant un intervenant professionnel, car ils peuvent ressentir une forme de culpabilité à ne pas « faire la fête » en suivant les représentations habituelles. Vouloir décourager la pratique ou l'expérimentation en arguant de son caractère non festif peut conduire à rompre le contact avec un consommateur ou un consommateur potentiel, car il s'agit d'une forme de jugement.



LE RÔLE AMBIVALENT DU GROUPE DE PAIRS

*Le groupe de pairs peut avoir un **effet incitateur** sur la consommation : adoption des coutumes d'un groupe de consommateurs déjà expérimentés, apprentissage de la « cuisine » dans le cas d'une consommation de free-base, incitation à la consommation quand le produit est disponible. Cependant, il ne faut pas oublier que le groupe de pairs peut avoir un **rôle protecteur** : réagir en cas d'overdose, mais aussi alerter la personne quand sa pratique commence à prendre trop de place dans sa vie.*

S'ADAPTER À LA CULTURE DE L'USAGER

Il est important de choisir les termes adéquats pour s'adapter à la culture de l'usager qui consomme de la cocaïne basée. Certains CAARUD en ont fait l'expérience : en passant des questionnaires qui demandaient qui avait expérimenté le crack, deux ou trois usagers répondaient par l'affirmative, alors qu'en demandant qui avait expérimenté le free-base, la moitié de la file active répondait positivement.

Il faut aussi insister sur le fait qu'il suffit d'un groupe de quelques personnes pour qu'un nouveau terme désigne un produit. Le professionnel peut être confronté à des groupes qui utilisent d'autres termes pour désigner la cocaïne basée : par exemple, des intervenants de réduction des risques en milieu festif ont pu rencontrer un groupe qui préparait et consommait de la « crackinette », sans qu'ils aient le sentiment de consommer du crack ou du free-base.

Il faut également mettre l'accent sur l'évolution du langage d'une génération de consommateurs à l'autre : si les plus âgés parmi ceux qui préparent artisanalement la cocaïne basée parlent volontiers de « free-base », les plus jeunes n'utilisent plus ce terme et parlent de « la base ».

DISTINGUER LA DÉPENDANCE À LA COCAÏNE DE LA DÉPENDANCE AUX OPIACÉS OU À L'ALCOOL

La dépendance à la cocaïne est une dépendance alternée, n'impliquant pas un usage quotidien. Le fait de ne pas consommer chaque jour n'est donc pas un indicateur suffisant

de l'absence de dépendance. Il faut veiller à ne pas conforter un consommateur dans l'analyse biaisée qui associe exclusivement un usage problématique à une fréquence d'usage quotidienne. Il faut pour cela distinguer les produits que sont les opiacés et l'alcool d'une part, et les stimulants d'autre part. De nombreux consommateurs chroniques de cocaïne effectuent des pauses pour pouvoir se nourrir et dormir, ce qui conduit à les leurrer sur leur rapport au produit. D'autres consommateurs ont un usage au rythme hebdomadaire qui leur pose pourtant des problèmes sur le plan économique, sur le plan de l'humeur, voire en termes d'insertion sociale.





ÉLÉMENTS DE CONNAISSANCE EFFETS ET RISQUES DE L'USAGE DE COCAÏNE BASÉE

La prévention et la réduction des risques et des dommages de l'usage de cocaïne basée passent obligatoirement par la diffusion d'informations scientifiques et validées auprès des consommateurs potentiels ou confirmés. Il faut mettre l'accent sur des préjugés répandus qui concernent la transformation de cocaïne poudre en cocaïne base, mais aussi pouvoir aborder les effets du produit, les éléments connus sur les conséquences socio-économiques de l'usage chronique, ainsi que les risques sanitaires encourus, dans une logique de responsabilisation de l'usager vis-à-vis de la préservation de sa propre santé et d'élaboration de son projet de vie.

2.1 **D**ES PRÉJUGÉS RÉPANDUS SUR LA TRANSFORMATION

DE LA COCAÏNE-POUDRE EN COCAÏNE-BASE

2.1.1 INFORMER SUR **LE CARACTÈRE PHARMACOLOGIQUE SIMILAIRE** DU CRACK ET DU FREE-BASE

De nombreux usagers pensent que crack et free-base sont des produits différents. Certains peuvent consommer du free-base, tout en ayant une représentation péjorative du crack. Pourtant, crack et free-base sont bien deux produits identiques.

Pour transformer la poudre de cocaïne en cocaïne basée, on ajoute du bicarbonate de soude ou de l'ammoniaque à la poudre, ce qui permet d'obtenir un précipité. La façon de réaliser cette préparation à l'aide de bicarbonate de soude est détaillée dans la troisième partie de ce Guide, consacrée à la réduction des risques et des dommages [Voir page 48 : « Réduire les risques pour la santé en préparant le free-base »].

La cocaïne basée [crack/free-base] est donc un mélange de cocaïne et de bicarbonate de soude ou d'ammoniaque, qui se présente sous la forme de petits cailloux, mélange réalisé en vue de son utilisation par voie fumée. Un caillou de taille importante est appelé « galette », qui peut être brisée en plusieurs cailloux, chaque caillou correspondant le plus souvent à une dose, prise, « taffe », ou « kif ».

La cocaïne basée peut être vendue sous forme de caillou ou de galette et est alors appelée « crack » : la « galette » de crack est préparée en amont de la vente à partir de la poudre de cocaïne, le plus souvent par adjonction de bicarbonate de soude. En effet, la préparation au bicarbonate de soude est délicate à effectuer [il faut une certaine habitude pour la réaliser correctement] et est généralement privilégiée lorsqu'il s'agit de transformer de grandes quantités de poudre.

La cocaïne basée peut être également préparée par l'usager lui-même et est alors appelée « free-base » ou « base ».

Le plus souvent, les consommateurs utilisent de l'ammoniaque, car ils transforment de petites quantités, la préparation étant plus facile à réaliser qu'avec du bicarbonate de soude.

CRACK = FREE- BASE

Après avoir été informés, certains usagers continuent d'affirmer que les effets du crack et du free-base sont différents.

Deux raisons justifient à leurs yeux de perdurer dans leur croyance initiale : ils peuvent arguer du fait qu'ils ont expérimenté les deux présentations [directement acheté en caillou, et poudre transformée par eux-mêmes] et ressenti des effets différents ; ou bien ils estiment que les effets qu'ils ressentent avec le free-base ne correspondent pas à ce qui est dit des effets du crack.

Il est donc important d'expliquer pour quelles raisons des effets subtilement différents peuvent être ressentis.

Des raisons sociales et culturelles

- Le crack est plus souvent consommé par des usagers vivant en situation de grande précarité, qui ont plus de difficultés à résister à l'envie d'en reprendre de façon compulsive, parce qu'ils n'ont pas de perspective dans leur vie personnelle ni d'obligations sociales à assumer. De ce fait, lorsque des usagers socialement insérés qui ont des obligations sociales et d'autres centres d'intérêt que la consommation de drogues finissent une session de consommation, ils n'ont pas le sentiment de connaître un désir d'en reprendre aussi irrépressible que celui que connaissent les usagers qui vivent en situation de grande précarité. Ils en déduisent donc que le produit consommé [crack versus free-base] est différent.
- Il est parfois difficile pour certains usagers d'admettre immédiatement que les deux produits sont identiques, car les représentations les plus répandues opposent le crack américain et le free-base. Le crack américain a été rendu célèbre par la médiatisation de l'épidémie de crack aux Etats-Unis à partir des années 1980 et présenté comme « les déchets de la cocaïne », tandis que le free-base résulte de la préparation artisanale consistant à « libérer la base » de la cocaïne pour obtenir un produit censé être pur. Le mot « purifier » est d'ailleurs souvent utilisé en lieu et place de « baser », et ce dans pratiquement tous les groupes de consommateurs.

Une raison pharmacologique

- Les effets ressentis peuvent être modulés ou altérés par les produits de coupe présents dans la poudre initiale [Voir le paragraphe suivant : « Baser ne permet pas d'obtenir une cocaïne pure »].

Certains usagers disent préférer la préparation à l'ammoniaque car ils estiment que cette méthode augmente la puissance de l'effet psychoactif ressenti et/ou qu'elle provoque une sensation de brûlure pulmonaire qu'ils apprécient. Cependant, il ne se dégage pas d'opinion consensuelle entre les usagers sur ce point. Par ailleurs, aucune étude scientifique ne permet de valider ou d'invalider ces observations venant des consommateurs. La seule certitude scientifique dans ce domaine est que la molécule de cocaïne basée préparée à l'ammoniaque et la molécule de cocaïne basée préparée au bicarbonate de soude sont identiques. Seule l'acidité de la fumée peut être légèrement modifiée selon l'agent alcalin utilisé [ammoniaque ou bicarbonate de soude].

2.1.2 BASER NE PERMET PAS D'OBTENIR UNE « COCAÏNE PURE »

Une partie des consommateurs de cocaïne basée disent avoir débuté cette pratique en basant leur cocaïne pour vérifier le degré de pureté de la poudre qu'ils avaient achetée, ou tout simplement pour expérimenter les effets d'une « cocaïne pure ».

Il faut donc attirer l'attention sur le fait que le risque augmente de voir des usagers de cocaïne débiter cette pratique lorsque le marché clandestin fournit une poudre qui est perçue comme étant de mauvaise qualité.

Mais avant tout, il faut informer les consommateurs que le fait de baser la poudre de cocaïne ne permet pas l'élimination des produits de coupe pharmacologiquement actifs, car ils résistent à l'opération de basage et se retrouvent dans le caillou : en effet, les produits de coupe qui ont des caractéristiques physico-chimiques similaires à celles de la cocaïne réagissent de façon identique au basage [lidocaïne, caféine, phénacétine, levamisole, etc...]. Le fait d'obtenir une cocaïne pure en basant la poudre est donc une contre-vérité [une « légende urbaine »], même si le caillou obtenu peut effectivement gagner en concentration de cocaïne vis-à-vis de la poudre initiale. En d'autres termes, le pourcentage de cocaïne dans le caillou peut augmenter comparativement à la poudre, mais il reste tout de même des produits de coupe.

→ Une étude récente du dispositif TREND-SINTES de l'OFDT concerne le résultat d'analyses effectuées sur des échantillons de crack et de free-base. Elle confirme que le fait de baser ne permet pas d'obtenir une cocaïne pure, et que tous les produits pharmacologiquement actifs se retrouvent dans le caillou. Elle montre d'autre part que la concentration des produits dans le caillou, qu'il s'agisse de la cocaïne ou des produits de coupe, ne dépend pas de la technique utilisée [ammoniaque ou bicarbonate de soude], mais de la personne qui a réalisé l'opération de basage [OFDT, Données du Dispositif SINTES de l'OFDT, 2013].

**BASER PERMET D'OBTENIR
UNE COCAÏNE PURE
= LÉGENDE**

2.2 ONNAÎTRE LES EFFETS

2.2.1 LES EFFETS RECHERCHÉS/RESSENTIS ET LES EFFETS INDÉSIRABLES

Fumer de la cocaïne basée provoque des effets bien plus intenses et plus brefs que ceux de la cocaïne administrée par voie nasale, et les manifestations dépressives qui lui succèdent sont encore plus marquées. L'inhalation des vapeurs de cocaïne basée et chauffée [à partir de 98°] produit des effets en cinq à dix secondes, de façon plus rapide que lors d'une injection intraveineuse puisque le sang artériel quitte les poumons pour transiter par le cœur et l'aorte, et gagner directement le cerveau : le réseau veineux est ainsi court-circuité. Les effets sur le cerveau sont très rapides : ils surviennent en huit à douze secondes, sont très intenses [le « flash » ou le « rush »] et de courte durée - 5 à 10 minutes - .

Les effets recherchés et ressentis, vécus comme les principaux bénéfiques de la consommation, regroupent une forte sensation de stimulation, appelée le « rush » ou le « flash », qui s'apparente à une explosion de plaisir, et l'immédiateté de cette sensation de plaisir. Les effets stimulants sont de plusieurs ordres : euphorie, sensation de bien-être, augmentation de l'énergie, tachypsychie [enchaînement anormalement rapide des idées, caractéristique des états maniaques], désinhibition, hyper-vigilance, augmentation de la concentration, anorexie, éveil sensoriel, augmentation de l'intérêt sexuel et de l'excitation, troubles du sommeil. Sur le plan somatique, les effets se traduisent principalement par une tachycardie, une hypertension artérielle, une dilatation pupillaire et une pâleur cutanée.

Un effet positif recherché chez ceux qui préparent et consomment la cocaïne en groupe peut aussi être lié à la recherche d'un sentiment de cohésion avec les pairs [ritualisation de la consommation, partage d'une expérience atypique], même si les phases de descente sont généralement mal vécues par le collectif.

Plus les doses absorbées sont importantes, plus la « descente » est difficile à supporter. Les symptômes sont, au moment de la

descente, à l'inverse des effets positifs recherchés et ressentis : dysphorie [humeur oscillant entre tristesse et excitation], ralentissement psychomoteur, irritabilité, léthargie, désintérêt sexuel, bradypsychie [ralentissement de la pensée], altérations cognitives [mémoire, concentration, ...], baisse de l'estime de soi, méfiance excessive, hyperphagie [augmentation de la quantité d'aliments absorbés], hypersomnie,...

Les consommateurs décrivent souvent la « descente » comme une « chute ». L'humeur et l'énergie chutent brutalement et ce phénomène s'accompagne de réactions dépressives, de troubles anxieux et de la réapparition de l'appétence à la drogue. La gravité des réactions dépressives est corrélée à l'intensité de l'euphorie initiale. Puis, en quelques heures, l'appétence pour la cocaïne diminue et laisse place à un épuisement et une envie irrésistible de dormir. A ce stade, le tableau clinique est celui d'une hyper-somnolence qui peut durer plusieurs jours et correspond à « l'épuration de la cocaïne ».

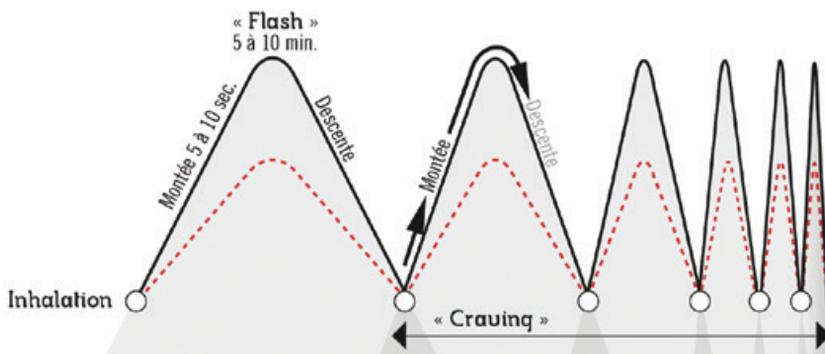
Les effets indésirables regroupent les effets négatifs ressentis au cours de la descente [irritabilité, sentiment dépressif, sentiment de méfiance excessive, attitude obsessionnelle], mais incluent aussi, éventuellement, une exacerbation trop forte des symptômes de stimulation pendant la phase ascendante [notamment la tachycardie].

2.2.2 LA DIFFICULTÉ DE CONTRÔLER LA CONSOMMATION DE COCAÏNE BASÉE

L'APPÉTENCE POUR LA RÉPÉTITION DES PRISES AU MOMENT DE LA SESSION DE CONSOMMATION : LE « CRAVING »

Le besoin de consommer de nouveau au moment de la descente conduit généralement les consommateurs, y compris occasionnels, à enchaîner les prises de cocaïne basée, « jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de produit ».

Une session de consommation est donc généralement composée de plusieurs prises qui se succèdent, ce qui augmente forcément la puissance des symptômes négatifs ressentis au moment de la fin de session.



L'appétence qui conduit à enchaîner les prises est appelée le « craving » : le « craving » désigne ainsi le besoin irrésistible de consommer à nouveau. Le « craving » ressenti est beaucoup plus puissant que lors de la consommation de poudre de cocaïne par voie nasale. Il s'agit avant tout de pensées obsessionnelles pouvant durer quelques minutes à quelques heures. Cependant, il peut s'accompagner également de modifications physiologiques [hypertension, fréquence cardiaque,...].

Le « craving » fait donc à la fois référence aux pensées intrusives et obsédantes concernant le produit ou ses effets, aux modifications physiologiques qui l'accompagnent, mais aussi à la dimension comportementale de recherche compulsive de la substance.

→ Du fait de la puissance des symptômes du « craving », la consommation de cocaïne basée constitue un risque majeur de prendre des opiacés en fin de session pour supporter la « descente » : des consommateurs ont débuté une addiction aux opiacés par ce biais, tandis que d'anciens héroïnomanes ont pu rechuter pour cette même raison. Le même processus peut être observé avec d'autres produits calmants, comme les benzodiazépines.

LE RISQUE DE DÉPENDANCE CHEZ LES USAGERS CHRONIQUES

Les différentes études cliniques convergent pour estimer que 80% des nouveaux consommateurs de cocaïne, quelles que soient sa forme et sa voie d'administration, ne ressentent pas de dépendance. Par exemple, l'étude de Reboussin et Anthony [2006] montre que les symptômes de la dépendance à la cocaïne sont plus fréquents chez les consommateurs de crack et de free-base : 22% des consommateurs de cocaïne basée estiment

qu'ils passent trop de temps à chercher leur produit, tandis qu'ils ne sont que 9% chez ceux qui se limitent à la voie nasale ; de même, 21% des consommateurs de cocaïne basée ressentent des problèmes émotionnels et psychologiques qu'ils attribuent à leur pratique, tandis que seulement 9% pensent à l'identique chez les consommateurs par voie nasale.



La dépendance à la cocaïne est une modalité de consommation conduisant à une altération du fonctionnement pendant une période continue de douze mois. Elle est définie par plusieurs indicateurs :

- **La tolérance** : besoin de quantités notablement plus importantes pour obtenir l'effet désiré
- **Le syndrome de sevrage** : prise de cocaïne ou d'une substance proche pour apaiser ou éviter les symptômes de manque
- **Le craving** : besoin irrésistible de consommer
- **La poursuite de la consommation malgré la connaissance de ses conséquences négatives**
- **La perte de temps** liée à la consommation
- **Les tentatives avortées d'arrêt ou de réduction** de la consommation
- **La réduction des activités habituelles.**

→ Il faut rappeler que certaines personnes parviennent à « contrôler » leur pratique, mais que cela ne les protège pas d'un usage chronique dans le futur. Le fait de « contrôler » aujourd'hui, y compris depuis une longue période en veillant à espacer les sessions, ne protège pas d'un usage de plus en plus fréquent à moyen terme. « Contrôler » aujourd'hui n'implique pas de toujours parvenir à « contrôler », notamment si le consommateur est subitement confronté à un événement difficile dans sa vie, ou ne serait-ce qu'à la possibilité de se procurer une quantité importante de cocaïne.

2.3 CONNAÎTRE LES CONSÉQUENCES SOCIO-ÉCONOMIQUES DE L'USAGE CHRONIQUE

Les problèmes financiers, voire des situations d'endettement, constituent la conséquence négative la plus souvent connue, y compris chez des consommateurs dits socialement insérés. Les consommateurs qui vivent en situation précaire, ou même en situation de fragilité sociale, peuvent connaître une désocialisation très rapide.

Les conséquences péjoratives de la consommation que sont l'endettement et la désocialisation sont d'autant plus importantes lorsque la cocaïne basée est le produit principal consommé. Certains consommateurs endossent finalement le rôle d'usager revendeur pour pouvoir assumer financièrement le coût de leur consommation, mais de nombreux témoignages d'usagers-revendeurs de cocaïne basée montrent que tout ou partie du produit risque alors d'être consommé avant d'être revendu, ce qui crée un endettement vis-à-vis du fournisseur. Il s'agit d'une situation de danger pour l'usager, puisque le fournisseur ne dispose d'aucun moyen légal pour recouper la dette.

Certains consommateurs se retrouvent fortement endettés au bout de quelques mois de pratique régulière : une situation d'endettement peut donc survenir rapidement, alors même que le consommateur ne répond pas encore à l'ensemble des critères définissant la dépendance, qui implique l'usage pendant une période continue de douze mois.

→ Toutefois, chez les usagers socialement insérés, souvent polyconsommateurs, qui fument de la cocaïne basée de façon occasionnelle, la pratique n'aggrave pas forcément leur situation personnelle. De même, parmi les usagers vivant en situation de précarité qui consomment principalement un autre produit [opiacés, benzodiazépines, TSO], l'usage fumé de cocaïne basée peut rester un usage occasionnel qui n'aggrave pas forcément leur situation personnelle. Si les usagers qui parviennent à maintenir un usage occasionnel subissent peu de conséquences sur le plan socio-économique, ils méritent également une attention particulière, chaque prise présentant des dangers immédiats, comme l'overdose ou la contamination par les hépatites virales [Voir paragraphe suivant : « Connaître les risques sanitaires »].

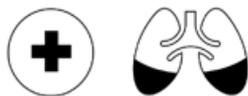
2.4 ONNAÎTRE LES RISQUES SANITAIRES

Trois principaux risques sanitaires sont identifiés : la dépendance, la contamination par les hépatites virales et l'overdose. D'autres complications sanitaires sont possibles, qui sont détaillées dans quatre encadrés thématiques : complications sanitaires liées à l'usage de cocaïne [poudre et base], complications pulmonaires liées à l'usage fumé de cocaïne basée, complications de l'usage de cocaïne au cours de la grossesse, complications mortelles de l'usage de cocaïne.



- **La dépendance** est un risque sanitaire majeur [Voir page 37 : « La difficulté de contrôler la consommation de cocaïne basée »].
- **La contamination par l'hépatite C**, qui constitue un problème de santé publique majeur chez les usagers de drogues, est possible par le partage des pipes utilisées pour fumer, notamment dans le cas de coupures aux lèvres, y compris lorsqu'il s'agit de micro-saignements invisibles à l'œil nu. L'hépatite B peut aussi être transmise par ces voies. Tous les conseils de réduction des risques permettant de se préserver d'une transmission virale sont regroupés dans la troisième partie [Voir page 45 : « Réduction des risques et des dommages »].
- **L'overdose** est un risque non négligeable lors d'une consommation fumée de cocaïne basée. Une overdose, ou surdose, est la prise, accidentelle ou non, d'un produit en quantité supérieure à la dose limite supportable par l'organisme en provoquant des symptômes divers pouvant aller, dans les cas extrêmes, jusqu'à la mort du sujet. Avec la cocaïne, le terme « overdose » habituellement usité est trompeur, car la toxicité ne se restreint pas à l'absorption d'une dose anormalement élevée : les doses utilisées pour obtenir des effets et celles suffisantes pour provoquer des overdoses se chevauchent complètement. Les cas d'overdose ne se limitent pas à la voie injectable et peuvent tout à fait survenir lors d'une consommation par voie fumée ou par voie nasale. Le risque d'overdose est approximativement

identique lors d'une consommation par voie fumée ou injectable, alors qu'il est toutefois moindre lors des consommations par voie nasale. Des conseils pour que le consommateur et son entourage puissent repérer un cas d'overdose par eux-mêmes sont détaillés dans la troisième partie [Voir page 59 : « *Savoir reconnaître une overdose* »].



D'autres complications sanitaires peuvent être associées à la consommation de cocaïne basée [→ Voir les encadrés] : ces complications sont identiques à celles qui peuvent exister avec l'usage de cocaïne en poudre par voie nasale [complications psychiatriques, cardio-vasculaires, neurologiques,...], auxquelles s'ajoutent des complications pulmonaires liées à l'utilisation de la voie fumée.

Il faut souligner que l'overdose, ainsi que l'accident cardiaque aigu, peuvent survenir avec une prise unique, bien que le risque augmente en cas d'usage chronique. Il en est de même pour la transmission de l'hépatite C. Les autres complications sanitaires possibles, notamment pulmonaires, psychiatriques et neurologiques, sont le plus souvent associées à un usage chronique.

Certaines personnes sont plus à risque d'avoir des accidents que d'autres avec une prise de cocaïne, notamment les personnes asthmatiques, les personnes qui ont des problèmes cardiaques, les personnes qui ont des antécédents de traumatismes crâniens.

Tout accident cardiaque chez un sujet jeune sans antécédent cardiologique doit conduire à évoquer une consommation de cocaïne.

La cocaïne devient particulièrement dangereuse quand la température ambiante dépasse 31°C : le risque d'hyperthermie [élévation de la température du corps, fièvre] pouvant entraîner la mort est dans ce cas très augmenté.

→ Pour une approche médicale détaillée et argumentée des complications sanitaires associées à la consommation de cocaïne basée, se reporter au Guide de bonnes pratiques pour la prise en charge des usagers de cocaïne rédigé par la Haute Autorité de Santé [2010], ainsi qu'à l'ouvrage de Karila & Reynaud [2009].



COMPLICATIONS SANITAIRES LIÉES À L'USAGE DE COCAÏNE (POUDRE ET BASE)

Complications psychiatriques : elles regroupent des symptômes psychotiques [éléments paranoïaques hallucinatoires], un comportement compulsif de recherche du produit, ainsi qu'un risque augmenté de souffrir de dépression. Le risque de subir des attaques de panique est également augmenté. Les fumeurs de cocaïne basée et les injecteurs de cocaïne [mais cela peut aussi survenir, quoique beaucoup plus rarement, avec une consommation par voie nasale] peuvent également souffrir de « délire de parasitose », soit des hallucinations tactiles et visuelles suggérant la présence d'insectes rampants sous la peau, ou de vers émergeant des lésions cutanées. Une description clinique des symptômes du « délire cocaïniqne » est proposée dans la rubrique « Les signes qui doivent conduire à alerter un médecin », page 60.

Complications cardio-vasculaires : peuvent être constatés un risque d'infarctus du myocarde augmenté, un risque de dysfonction ventriculaire gauche, des troubles du rythme,...

Complications neurologiques : l'usage de cocaïne constituerait un facteur de vulnérabilité à la survenue d'accidents vasculaires cérébraux [AVC]. Il peut également générer des céphalées, surtout lorsque l'usage est chronique.

Lésions locorégionales : les lésions et brûlures de la bouche sont soulignées par les intervenants de terrain en ce qui concerne les fumeurs de cocaïne basée. Des brûlures de l'œsophage par absorption accidentelle d'ammoniaque utilisée lors de la préparation du free-base sont aussi rapportées. Des lésions liées à l'injection de cocaïne sont particulièrement fréquentes, du fait d'un nombre élevé d'injections au cours d'une journée [œdèmes, infections diverses, état veineux dégradé].

Complications otorhinolaryngologiques : elles sont liées exclusivement à l'usage par voie nasale. Rhinites chroniques, lésions de la cloison nasale, ulcérations, voire perforation, épistaxis [saignement de nez], infections répétées, nécroses.

Complications pulmonaires : elles sont exclusivement associées à la voie fumée. Les poumons sont le principal organe exposé aux produits de combustion du caillou de cocaïne, comprenant à la fois les vapeurs de cocaïne, mais aussi certains produits toxiques issus de la pyrolyse comme le monoxyde de carbone, les impuretés, les produits de coupe...

Source : HAS, 2010



FOCUS SUR LES COMPLICATIONS PULMONAIRES LIÉES A L'USAGE FUMÉ DE COCAÏNE BASÉE

Tout l'arbre respiratoire est menacé lors de la consommation fumée de cocaïne basée. Les manifestations minimales sont la toux, mais peuvent aussi comprendre des sibilants et des hémoptysies**. Les symptômes respiratoires aigus se développent généralement dans les heures qui suivent l'absorption de la cocaïne basée, mais peuvent également apparaître dans les minutes qui suivent la prise : toux, dyspnée, crachats noirs, douleurs thoraciques, hémoptysie**, exacerbation de l'asthme. Des effets péjoratifs plus globaux sur les fonctions pulmonaires peuvent aussi être constatés : hypertrophie des artères, perméabilité de l'épithélium pulmonaire. La consommation de cocaïne basée peut aussi entraîner une pathologie spécifique, qui se traduit par une vasoconstriction au niveau pulmonaire, dénommée « crack lung » : il s'agit d'un syndrome respiratoire aigu faisant suite à l'inhalation de crack ou free-base et associant fièvre, toux, difficultés respiratoires et fortes douleurs thoraciques.*

**Sibilants : râle pulmonaire en forme de sifflements*

***Hémoptysie : expectoration de sang provenant des poumons ou des bronches*

Sources : Louenstein, 2009, in : Karila & Reynaud - HAS, 2010



COMPLICATIONS DE L'USAGE DE COCAÏNE AU COURS DE LA GROSSESSE

Les données concernant les effets de la prise de cocaïne pendant la grossesse sont nombreuses, de qualité variable et leurs conclusions sont souvent contradictoires. Les effets mentionnés ci-dessous ont été sélectionnés en fonction de la validité des études où ils ont été mis en évidence. L'essentiel des résultats présentés sont issus de méta-analyses récentes.

Les complications principales de l'exposition à la cocaïne en cours de grossesse sont dues à son effet vasoconstricteur très puissant. Elles sont majorées par la prise concomitante d'alcool, de tabac, de cannabis ou d'autres substances.

La cocaïne se diffuse par le placenta.

Fausse couches spontanées : légèrement augmentées.

Retards de croissance in utero : multipliés par deux environ.

Malformations : une légère augmentation du risque global de malformations par rapport à celui d'une population non exposée est retrouvée. Cependant, ce risque n'est pas significatif lorsque l'exposition à la cocaïne est comparée à l'exposition à d'autres drogues. Différents types de malformations ont été évoqués mais les résultats des études sont controversés et sujets à caution en raison des méthodologies utilisées. Parmi celles-ci on peut signaler des anomalies de l'arbre urinaire et des cardiopathies congénitales, sans preuve

d'un lien de causalité à ce jour. De plus, des cas isolés de malformations mises sur le compte de l'effet vasoconstricteur puissant de la cocaïne sont rapportés.

Anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Hématome rétroplacentaire [HRP] : la cocaïne, qu'elle soit seule ou associée à d'autres drogues, multiplie par 4 à 5 le risque d'HRP [avec éventuellement une mort fœtale in utero]. L'HRP peut survenir dans les suites immédiates de la prise de cocaïne.

Rupture prématurée des membranes : l'exposition régulière à la cocaïne multiplie par 3 à 4 la fréquence des ruptures prématurées des membranes, en particulier lors de la prise concomitante d'autres drogues.

Poids et taille de naissance : le poids de naissance des enfants est diminué de 500 grammes en moyenne. Les poids de naissance inférieurs à 2500 grammes sont 3 à 4 fois plus fréquents. La taille de naissance est diminuée de 2 à 3 cm en moyenne.

Prématurité : la prise de cocaïne en cours de grossesse augmente le risque de prématurité [d'un facteur 2 à 3]. Cette prématurité est en grande partie induite par la survenue plus fréquente d'accidents obstétricaux [HRP, placenta bas inséré, rupture prématurée de membranes].

Troubles néonataux : des effets néonataux mis sur le compte de la prise de cocaïne en fin de grossesse et avant l'accouchement sont rapportés : hypertonie, réflexes vifs, hyperexcitabilité, trémulations, convulsions...

Allaitement : la cocaïne passe dans le lait maternel.

Source : Centre de Référence sur les Agents Tératoxiques [CRAT] - www.lecrat.org



COMPLICATIONS MORTELLES LIÉES À L'USAGE DE COCAÏNE

Les pathologies cardiaques, pulmonaires et cardiovasculaires aiguës constituent les principales conséquences mortelles de l'usage de cocaïne. L'hyperthermie [élévation de la température du corps] peut contribuer à augmenter la mortalité due à la cocaïne. La majorité des infarctus et ischémies aigües* survient moins d'une heure après la consommation. Les complications cardiovasculaires sont plus fréquentes dans les 12 heures qui suivent une overdose. En résumé, la mort due à la consommation de cocaïne survient généralement au cours des 12 heures qui suivent la prise et est souvent causée par : · Des arythmies cardiaques · Une défaillance respiratoire · Une hémorragie cérébrale · Une défaillance rénale · Une hyperthermie [contribution par temps chaud >31°C] · Des convulsions · Un arrêt cardiaque.

*Ischémie : diminution ou arrêt de la circulation artérielle dans une partie du corps, qui entraîne un défaut d'apport en oxygène.



RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

La réduction des risques et des dommages s'appuie sur la responsabilisation des consommateurs et leur autonomisation. Elle s'inscrit dans une logique pragmatique de préservation de la santé et de l'insertion sociale, et de développement des compétences et des savoirs nécessaires pour y parvenir.

Il est donc essentiel de toujours argumenter les conseils de préservation de soi, en expliquant les raisons qui justifient ces conseils.

L'approche de réduction des risques et des dommages doit être envisagée comme un processus qui s'exerce par paliers, en respectant ce qui est possible pour l'utilisateur à différents moments de son existence. Elle comprend des conseils qui permettent de préserver la santé au moment de la préparation et de la consommation de la cocaïne, des conseils permettant de détecter les malaises et les overdoses, ainsi que des conseils permettant d'éviter les conséquences négatives de la pratique sur la vie sociale et la santé psychique.

Cette approche conduit également à souligner l'intérêt de développer une approche de santé communautaire, afin de favoriser une diffusion la plus large possible des messages de réduction des risques dans les groupes d'utilisateurs qui restent inconnus du dispositif spécialisé.

3.1 **R**ÉDUIRE LA DANGÉROSITÉ IMMÉDIATE DES PRISES DE COCAÏNE BASÉE

3.1.1 SE RENSEIGNER AUTANT QUE POSSIBLE SUR **LA COMPOSITION** DE LA COCAÏNE UTILISÉE

Dans le cas d'un accès à un dispositif d'analyse de drogues de type CCM [méthode analytique de la composition des produits par Chromatographie Couche Mince], il ne faut pas hésiter à faire contrôler le produit qui doit être consommé. Cependant, lorsqu'aucun dispositif de ce type n'est accessible, il est toujours possible de sécuriser la consommation en veillant à deux principes : d'une part, éviter d'acheter le produit à un inconnu ; d'autre part, se renseigner sur le marché de la cocaïne en France à la période de l'achat, car le produit acheté où que ce soit dans le pays est souvent similaire à ce qui est observé sur le marché global.

Il est donc intéressant que le professionnel spécialisé se tienne informé de l'évolution du marché de la cocaïne en France, notamment via le dispositif SINTES de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, de façon à prévenir les usagers de l'évolution du marché, mais aussi pour diffuser d'éventuelles alertes sur la circulation de produits dangereux.

→ Le Système d'Identification National des Toxiques Et Substances [SINTES] a pour objectif d'analyser la composition des produits circulants, à partir des saisies effectuées par les services répressifs d'une part, et des collectes réalisées par des acteurs socio-sanitaires directement auprès des usagers d'autre part. Les rapports et alertes relatives aux produits dangereux du Dispositif SINTES de l'OFDT sont en ligne sur le site www.ofdt.fr

3.1.2 **RÉDUIRE LES RISQUES POUR LA SANTÉ** EN PRÉPARANT LE FREE-BASE

PRÉFÉRER LE BICARBONATE DE SOUDE À L'AMMONIAQUE POUR BASER

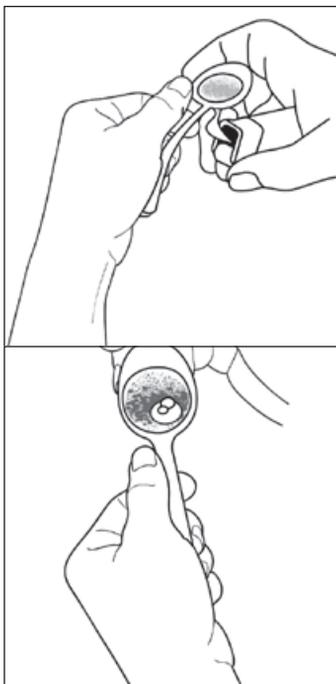
Lorsque l'ammoniaque est inhalée, elle provoque de la toux, des nausées, des vomissements, des maux de tête, jusqu'à

une irritation sévère des voies respiratoires. C'est pourquoi il est fortement recommandé d'utiliser du bicarbonate de soude pour transformer la cocaïne. Cependant, la préparation au bicarbonate de soude est plus difficile à réaliser que la préparation à l'ammoniaque, surtout lorsque le consommateur transforme une petite quantité de cocaïne.

C'est pourquoi, au vu des dommages supplémentaires que l'inhalation d'ammoniaque est susceptible de causer, il peut être légitime de renseigner l'usager sur la façon de préparer le free-base à l'aide de bicarbonate de soude.

La structure spécialisée peut éventuellement mettre du bicarbonate de soude à disposition pour inciter à utiliser cette technique de préparation, comme c'est le cas pour l'acide ascorbique ou citrique en cas d'usage d'opiacés.

PRÉPARATION DE LA COCAÏNE BASÉE À L'AIDE DE BICARBONATE DE SOUDE

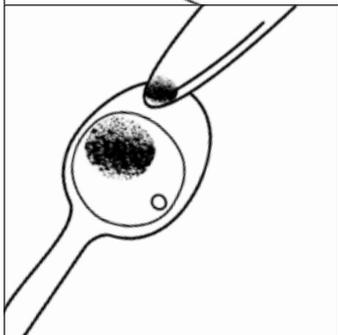


Chauffer 3 parts de cocaïne et 1 part de bicarbonate avec un peu d'eau jusqu'à la formation d'une goutte huileuse sur l'eau [si la cocaïne est fortement coupée, il faudrait choisir la proportion de 2 à 1]. Il faut la faire chauffer en évitant de la faire bouillir. Tout choc thermique altère la qualité de la cocaïne.

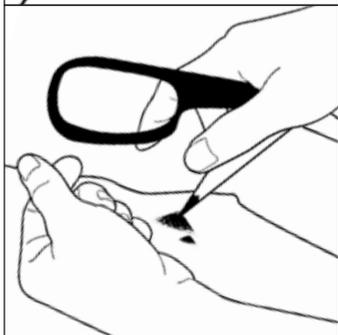
Rajouter quelques gouttes d'eau et mélanger lentement avec la pointe du couteau préalablement chauffée au briquet. Il est préférable d'utiliser de l'eau stérile.



Après durcissement de la « goutte huileuse », verser l'eau dans l'évier ou bien éponger avec une serviette.



Sortir le caillou [ou les cailloux] de free-base de la cuillère [à l'aide du couteau ou des doigts].

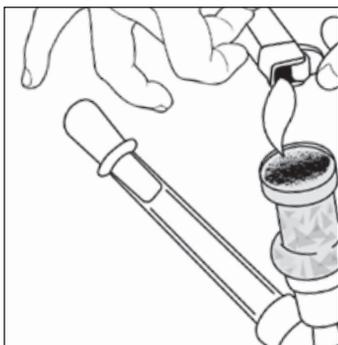


Sécher le caillou sur un bout d'étoffe propre en l'essuyant délicatement.

Ici l'usaqer utilise une lame de ciseau préalablement chauffée au briquet pour faire rouler le caillou sur l'étoffe afin de le sécher.



Mettre maintenant le free-base prêt à l'emploi sur la pipe à eau. Le free-base peut aussi être pilé [écrasé].



La bouffée ou «tasse» peut maintenant être fumée. Le free-base peut également être fumé sur un bout de feuille d'aluminium, en « chassant le dragon ». Attention, il ne s'agit pas d'aluminium destiné à protéger les aliments [Voir page 55 : « Informer sur la possibilité de fumer sur de l'aluminium »]. Des feuilles d'aluminium adaptées sont généralement disponibles dans les CAARUD.

RINCER PLUSIEURS FOIS LE CAILLOU DANS LE CAS D'UNE PRÉPARATION À L'AMMONIAQUE

Certains usagers peuvent préférer la préparation à l'ammoniaque, parce que l'effet serait plus puissant [inhalation conjointe de l'ammoniaque], ou parce que la préparation au bicarbonate de soude leur semble complexe [peur de « perdre » une partie du produit]. Certains usagers pensent aussi que le caillou obtenu est plus petit avec le bicarbonate de soude : il est vraisemblable que la quantité de cocaïne est similaire, mais le produit plus dense.

Si, malgré le conseil de privilégier la préparation au bicarbonate de soude, le consommateur préfère ou se trouve dans l'obligation de préparer la cocaïne avec de l'ammoniaque, il faut lui rappeler qu'il est important de rincer plusieurs fois son caillou, pour réduire les risques précédemment cités : toux, nausées, maux de tête, vomissements, irritation sévère des voies respiratoires.

Il ne faut pas hésiter à expliquer que le fait de rincer son caillou ne le fait pas « fondre », mais qu'il permet par contre d'éliminer de l'ammoniaque dangereuse pour les voies respiratoires.

RANGER L'AMMONIAQUE HORS DE PORTÉE DES ENFANTS ET LA CONSERVER DANS UN RÉCIPIENT IDENTIFIABLE

Il faut penser à ranger son matériel de consommation, et ne pas le laisser à la portée d'enfants ou de personnes qui ne seraient pas

capables de l'identifier : notamment, des accidents graves sont survenus chez des personnes qui ont avalé de l'ammoniaque par mégarde, parce que des consommateurs de cocaïne basée avaient stocké cette ammoniaque dans des bouteilles d'eau.

3.1.3 RÉDUIRE LES RISQUES POUR LA SANTÉ LORS DE LA CONSOMMATION DE COCAÏNE BASÉE

NE PAS PARTAGER SA PIPE ET LE MATÉRIEL DE PRÉPARATION DU FAIT DU RISQUE DE TRANSMISSION DES HÉPATITES VIRALES B ET C

Le partage des pipes destinées à fumer la cocaïne basée peut être vecteur de contamination par les hépatites virales. En effet, la consommation répétée entraîne souvent des lèvres qerçées et la transmission par le sang peut se faire à cette occasion. Protéger ses lèvres avec un baume gras permet aussi de limiter les risques de transmission, en évitant les qerçures.

Toutes coupures, mêmes minuscules, sont des portes d'entrée pour les virus.

Si le contexte ne permet pas à chaque consommateur de disposer de sa propre pipe, il faut au moins veiller à utiliser des embouts personnels et à ne pas les partager (un embout par personne). Les embouts manufacturés sont adaptés au « kit base » [Voir paragraphe suivant et photographie], mais ils peuvent aussi être utilisés sur les pipes artisanales (ils peuvent facilement être mis sur un tube de stylo-bille).

Si les utilisateurs de pipes artisanales n'ont pas d'embout à disposition, chacun peut utiliser son propre tube (chacun peut planter son propre tube fait avec un stylo dans la pipe).

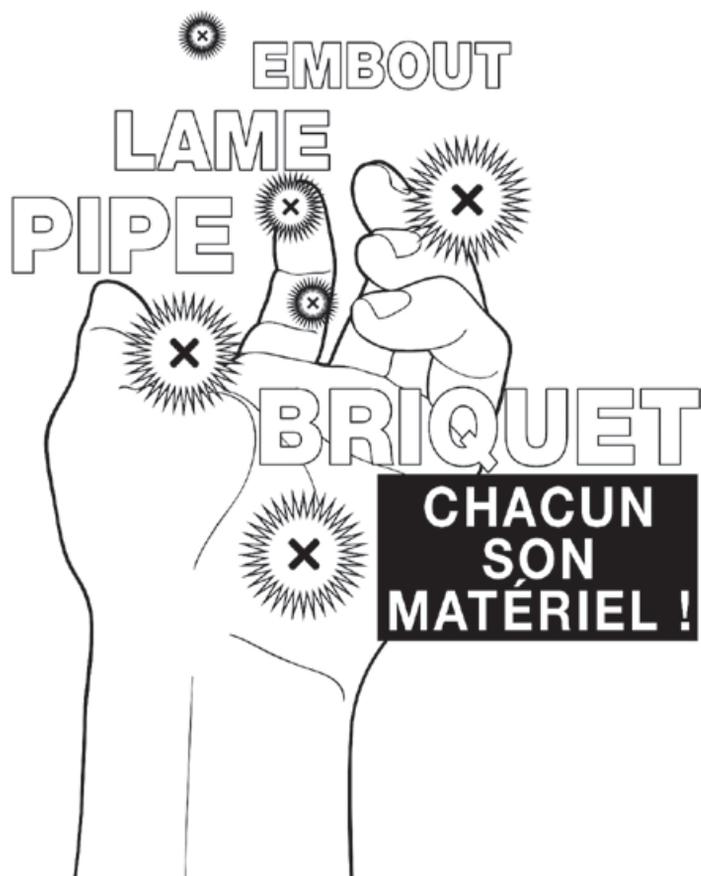
Il ne faut pas non plus partager la lame utilisée pour la préparation, car se couper est toujours probable, notamment après plusieurs prises, quand les gestes sont moins assurés. Les usagers qui fabriquent des grilles pour leurs pipes artisanales à l'aide de fils électriques ont un risque élevé de subir des

coupsures et donc d'augmenter les risques de contamination.

Il est aussi préférable d'utiliser plusieurs briquets, de façon à éviter les brûlures des doigts.

Dans le cas du partage de pipes destinées à fumer la cocaïne basée (mais aussi dans le cas du partage de pailles à sniffer ou de matériel servant à l'injection), certains usagers se croient protégés de la contamination car aucun saignement n'a été constaté : **il est primordial de toujours rappeler que la transmission des virus peut se faire par micro-saignement, invisible à l'œil nu. Le fait de ne pas voir de sang ne protège pas de la contamination virale.**

→ Il est conseillé de toujours rappeler qu'il suffit d'une seule fois, de partager un seul embout, pour être contaminé par une hépatite virale.



METTRE À DISPOSITION DES KITS BASE (« KITS CRACK ») ET DES EMOBOTS POUR PIPE



Photographie CAARUD STEP/IEGO, Paris.

Le kit comprend un tube en pyrex, un filtre, deux embouts, trois compresses alcoolisées, des crèmes, mais aussi un préservatif et du gel.

Des embouts et des filtres peuvent également être fournis indépendamment.

Les structures de réduction des risques qui mettent des kits base/kits crack à disposition se les procurent auprès du laboratoire TERPAN : www.terpan.fr

Comme pour tout outil de RDR, les professionnels ne doivent pas hésiter à examiner le kit avec les consommateurs et à leur donner des conseils pratiques sur son utilisation. Notamment, il est utile de les accompagner dans le premier assemblage, pour faciliter l'adoption de l'outil.

Même si le caractère pharmacologique similaire du crack et du free-base a été expliqué aux consommateurs qui préparent eux-mêmes leur cocaïne basée, mieux vaut parler de « kit base » plutôt que de « kit crack », pour faciliter l'adoption de l'outil.

Il faut rappeler que le kit est à usage personnel ; néanmoins, il faut souligner que si les circonstances conduisent les consommateurs

à le partager, il faut au moins changer l'embout, pour éviter la transmission virale.

Il faut insister sur le fait que l'embout en silicone doit être systématiquement utilisé, afin d'éviter les lésions et les brûlures sur les lèvres, mais aussi pour se protéger d'une aspiration accidentelle du filtre. Le risque d'aspirer le filtre est limité, mais si cette aspiration se produit, elle peut provoquer un étouffement.

La promotion du kit peut être assurée auprès des usagers en argumentant que le tube en pyrex ne risque pas de se briser ou de se fêler comme cela peut être le cas avec les pipes artisanales du fait de la forte chaleur. L'embout, qui présente l'intérêt sanitaire d'empêcher la transmission virale, facilite l'aspiration. De plus, avec les pipes artisanales, il existe un risque d'inhalation de la cendre, ce qui est dangereux pour les voies pulmonaires.

Il faut aussi informer les consommateurs qu'il n'est pas hygiénique de fabriquer une pipe avec une bouteille en plastique ou une canette d'aluminium : ces pipes artisanales peuvent se détériorer sous l'effet de la chaleur et dégager des émanations toxiques qui vont se mélanger à la fumée aspirée.

→ *Concernant la mise en visibilité des kits, l'expérience montre que lorsque les outils de réduction des risques sont visibles, ils suscitent la libération de la parole. Au contraire, si on les cache de peur d'être incitatif, les personnes qui en ont besoin ne vont pas toutes oser en demander, soit parce qu'elles pensent que ces outils ne sont pas disponibles, soit parce qu'elles ressentent le jugement sous-jacent qui conduit à les cacher.*

INFORMER SUR LA POSSIBILITÉ DE FUMER SUR DES FEUILLES D'ALUMINIUM

A défaut de kit base, il est plus hygiénique de « chasser le dragon » que de fabriquer une pipe artisanale. Il est donc opportun de mettre à disposition des feuilles d'aluminium dans ce but : mais attention, l'aluminium destiné à protéger les aliments n'est pas adapté, car trop fin. Il faut utiliser des feuilles d'aluminium destinées à la coiffure [pour faire des mèches], qui sont plus épaisses et ne sont pas traitées pour l'usage alimentaire.

Des feuilles d'aluminium destinées à chasser le dragon peuvent être commandées auprès du fournisseur anglais Exchange Supplies : www.exchangesupplies.org.

Des feuilles identiques peuvent aussi être achetées auprès des grossistes en produits de coiffure, à moindre coût.

Pour fumer sur de l'aluminium, il est utile que le professionnel puisse examiner la technique dans le détail avec le consommateur, car elle n'est pas facile à maîtriser au premier essai. L'AFR [Association Française de Réduction des Risques] et Apothicom ont réalisé des flyers qui expliquent cette technique et décomposent toutes les étapes.



www.a-f-r.org/commander/chasser-le-dragon-brochure
www.apothicom.org/downloads/PJ_6.pdf

Il s'agit de plier le rectangle d'aluminium en deux dans le sens de

la longueur, puis le ré-ouvrir pour obtenir une forme triangulaire en trois dimensions. Le caillou est placé sur la pliure puis chauffé par dessous.

Pour chasser le dragon, il faut que le caillou de cocaïne basée « vaporise ». Pour cela, la chaleur ne doit pas être trop élevée. Avec la température de la flamme d'un briquet, si le caillou reste statique sur la feuille d'aluminium, la drogue se carbonise et l'effet sera absent.

C'est pour cette raison que le produit doit se déplacer doucement sur la feuille en même temps qu'il est chauffé et que la fumée est inhalée.

Il est recommandé d'utiliser un tube d'inhalation, qui peut être fabriqué avec de l'aluminium préalablement froissé pour qu'il soit rigide ou une feuille de papier, plutôt que d'utiliser un tube en plastique, qui risque sous l'effet de la chaleur de produire des émanations, lesquelles se mélangent à la fumée de cocaïne.

Un problème peut survenir dans le cas d'une consommation de cocaïne basée préparée au bicarbonate de soude [le crack acheté directement sous forme de caillou est souvent préparé au bicarbonate de soude] : si le caillou contient beaucoup de bicarbonate de soude, il ne se déplacera pas sur la feuille d'aluminium. Dans ce cas, il vaut mieux laver préalablement le caillou à l'eau.

Rappelons qu'il est cependant préférable de préparer la cocaïne basée à l'aide de bicarbonate de soude [Voir page 48 : « Préférer le bicarbonate de soude à l'ammoniaque pour baser »] et qu'à défaut, il est primordial de rincer le caillou préparé à l'ammoniaque, du fait des effets secondaires spécifiques à l'absorption d'ammoniaque -toux, nausées, vomissements- [Voir page 51 : « Rincer plusieurs fois le caillou dans le cas d'une préparation à l'ammoniaque »].

ÉVITER L'INJECTION DE COCAÏNE BASÉE

Il faut vivement inciter les usagers par voie injectable à privilégier l'inhalation et à ne pas injecter la cocaïne basée. De plus, il faut réitérer les conseils sur l'injection à moindre risque, et toujours rappeler les risques de transmission virale existant avec le matériel destiné à la préparation [seringue, mais aussi gamelle, coton, cuillère, eau].

Parmi les documents de prévention habituellement disponibles dans les structures de réduction des risques, il faut notamment mentionner le « Manuel du shoot à moindre risque », réalisé par ASUD : www.asud.org/pub/manuel_shoot_moins_risques.pdf

Les professionnels spécialisés peuvent aussi se procurer le film conçu par Nicolas Bonnet et Lionel Saqag « 17'10... Une injection à moindre risque », utile pour la formation des professionnels comme pour la prévention auprès des consommateurs, y compris ceux qui ont une longue pratique de l'injection. Le RESPADD peut fournir des exemplaires de ce DVD : www.respadd.org

Le film peut également être visionné en ligne sur le site de l'AFR [Association Française de Réduction des risques] et sur le site d'Apothicom : www.dailymotion.com/video/x61url
www.apothicom.org/video.php

3.1.4 ÉVITER LES MALAISES ET L'OVERDOSE

OVERDOSE

TOUJOURS COMMENCER PAR UNE « PETITE » DOSE
POUR ÉPROUVER L'EFFET

Comme pour tout usage de produit psychoactif, il vaut mieux commencer par une petite dose pour éprouver l'effet, de façon à limiter les risques de malaise ou d'overdose.

De plus, comme l'état de fatigue et l'état de santé peuvent varier d'une prise à l'autre, il est conseillé d'appliquer ce principe à chaque nouvelle session de consommation, y compris lorsque le produit utilisé provient d'un lot déjà testé lors d'une prise antérieure.

ÉVITER LES MÉLANGES DE PRODUITS PSYCHOACTIFS

Il faut éviter de consommer simultanément la cocaïne avec d'autres produits psychoactifs, car les mélanges potentialisent les risques encourus.

Le **mélange alcool/cocaïne** est particulièrement néfaste, car la formation de « coca-éthylène » peut provoquer des dommages sanitaires importants, notamment pour le foie, mais aussi pour le système cardio-vasculaire ; il peut ainsi provoquer des malaises d'origine cardiaque.

Le **mélange de plusieurs stimulants** peut aussi augmenter le risque d'accident cardio-vasculaire.

De même, la prise d'un produit calmant [opiacés, benzodiazépines, alcool], souvent pour supporter la descente de la cocaïne, augmente le risque d'entrée dans une nouvelle dépendance.

Dans ce cas, il est essentiel de sensibiliser l'usager aux risques de la polyconsommation : risques immédiats au moment de la prise et risque d'entrée dans une nouvelle dépendance.

SAVOIR RECONNAITRE UNE OVERDOSE

Il est bienvenu de délivrer des conseils permettant à l'usager et à son entourage de repérer un cas d'overdose par eux-mêmes.

L'overdose cocaïnique peut être définie comme une version exagérée des signes physiques et psychologiques de la cocaïne. La cocaïne exerce un effet toxique sur presque tous les organes du corps, mais c'est au niveau du cœur que cet effet est le plus important. La récupération après une overdose de cocaïne est en général bonne, mais il est important de noter qu'aucun antidote n'existe pour traiter une intoxication massive.

Comme déjà précisé [Voir page 49 : « Connaître les risques sanitaires »], le terme « overdose » est trompeur, car la toxicité de la cocaïne ne se restreint pas à l'absorption d'une dose anormalement élevée : les doses utilisées pour obtenir des effets et celles suffisantes pour provoquer des overdoses sont dangereusement proches. Il faut d'autre part toujours rappeler aux consommateurs que la cocaïne devient particulièrement dangereuse lorsque la température ambiante dépasse 31°C. La majorité des infarctus et ischémies surviennent moins d'une heure après la consommation. Les complications cardio-vasculaires sont plus fréquentes dans les 12 heures suivant une overdose.

Les signes d'overdose ou d'intoxication à la cocaïne peuvent varier d'une personne à l'autre [notamment selon l'état cardio-vasculaire] et n'entraînent pas nécessairement une perte de conscience.

Des épisodes répétés d'accélération du rythme cardiaque, au moment de la montée du produit, ne sont pas forcément le signe d'un produit fortement dosé : ils peuvent alerter sur le danger d'une complication cardio-vasculaire.



LES SIGNES QUI DOIVENT CONDUIRE À ALERTE UN MÉDECIN

Les signes qui doivent conduire à alerter un médecin peuvent survenir conjointement ou séparément. Il faut toujours avertir les secours que la personne a consommé de la cocaïne.

Augmentation de la température du corps et sudation intense.

Tremblements.

Perte de conscience et symptômes associés : yeux qui roulent vers l'arrière, écume à la bouche, chute brutale.

Nausées et vomissements.

Troubles respiratoires : respiration irrégulière, détresse respiratoire.

Signes neurologiques : convulsions.

Problèmes cardio-vasculaires [particulièrement dans l'heure qui suit la consommation] : douleur thoracique, accélération du pouls, palpitations, arythmie, hypertension, crises/attaques.

Indicateurs de comportement : anxiété et agitation extrême, comportement agressif, paranoïa et hallucinations.

Délire cocaïnique : la cocaïne peut être responsable d'une complication psychique appelée psychose cocaïnique - ou Cocaïne-Induced Paranoia [CIP] - classiquement définie par un délire de persécution associé à des hallucinations tactiles [impression d'avoir des parasites sous la peau] ou visuelles. Le tableau clinique correspond à l'apparition d'idées délirantes interprétatives avec des thèmes de persécution [sentiment d'être suivi, peur d'ennemis inconnus...]. Des hallucinations sont présentes, qu'elles soient auditives [voix, bruits], visuelles [animaux, ombres de personnes les épiait] ou tactiles [sensations de bêtes minuscules sous la peau]. Cet épisode psychotique aigü débute dans les premières heures suivant la prise et dure normalement moins de 24 heures après l'arrêt de la consommation. Le délire cocaïnique peut entraîner un arrêt cardiaque et la mort ; il est plus fréquent chez les consommateurs chroniques.



LES GESTES DE PREMIER SECOURS EN CAS DE PERTE DE CONSCIENCE

- Protéger l'espace autour de la personne
- Placer la personne en Position Latérale de Sécurité
- Appeler les secours

Numéros d'urgence :

SAMU : 15 - Pompiers : 18 - Appel d'urgence européen : 112

3.1.5 SÉCURISER LE CONTEXTE DES PRISES



RESTER DANS UN ENDROIT SÉCURISÉ ET NE PAS CONDUIRE UN VÉHICULE

L'effet intense de la cocaïne conduit à ne pas maîtriser ses réflexes, diminue la vigilance et augmente le sentiment d'assurance, il modifie la perception de l'environnement. Il faut donc exclure la conduite d'un véhicule.

Il faut également sécuriser son environnement : éviter de consommer à proximité d'objets coupants, dans des lieux qui favorisent les risques de chute, ou bien sur la voie publique. Le fait d'être dans un endroit sécurisé inclut aussi l'idée d'être accompagné de personnes avec lesquelles on se sent en confiance.

RISQUES SEXUELS : AVOIR DES PRÉSERVATIFS ET DU GEL À DISPOSITION

L'effet de la cocaïne majore les prises de risques et diminue la vigilance, aussi est-il préférable d'avoir des préservatifs à disposition. L'utilisation du gel est recommandée car l'usage de cocaïne assèche les muqueuses et peut générer des lésions lors de l'acte sexuel [ce qui augmente d'autant plus le risque de transmission virale].

3.2 **R**ÉDUIRE LES RISQUES POUR LA VIE SOCIALE ET LA SANTÉ PSYCHIQUE

3.2.1 INCITER LE CONSOMMATEUR **À PLANIFIER SA CONSOMMATION** DANS LE BUT D'ORGANISER DES PLAGES DE REPOS ET DE **PRÉPARER « LA DESCENTE »**

L'effet de stimulation qui empêche de dormir conduit à conseiller de prévoir des plages de repos après une session pour permettre au corps de récupérer. Il ne faut pas oublier de manger, de boire de l'eau, de dormir. Il faut éviter de consommer, ou de ne pas avoir pris le temps de récupérer, avant une obligation sociale ou professionnelle. Pour ces moments de « descente », il vaut mieux rester avec des personnes de confiance, au calme, dans un lieu agréable, sans avoir d'obligations à assumer.

La descente est parfois très difficile à supporter. Dans ce cas, un travail de réassurance est nécessaire : il faut rappeler au consommateur que la descente va durer 4 à 6 heures et que les symptômes vont finir par s'estomper, puis disparaître [Voir page 36 : « Connaître les effets »]. Pour certains usagers, ce travail de réassurance suffit pour leur permettre de supporter les effets négatifs de la descente. Pour d'autres, un accompagnement médical à l'aide d'une thérapeutique adaptée, en fonction de la situation clinique, peut être indiqué. Certains consommateurs choisissent l'automédication et prennent un produit calmant pour faciliter la période transitoire [notamment des opiacés, des benzodiazépines et de l'alcool]. Dans ce cas, il faut aussi sensibiliser l'usager au risque de la polyconsommation et au risque d'entrée dans une nouvelle dépendance, comme pour tous mélanges de produits psychoactifs [Voir page 58 : « Éviter les mélanges de produits psychoactifs »].

3.2.2 INCITER LE CONSOMMATEUR À VEILLER À LA MAÎTRISE DE SON BUDGET

L'achat de cocaïne peut conduire à des dépenses en constante augmentation. L'endettement est une des conséquences majeures de l'usage chronique de cocaïne.

Il faut inciter les consommateurs à élaborer des stratégies pour ne pas faire des dépenses excessives, par exemple déterminer à l'avance un budget pour leur consommation, de façon à garder le nécessaire pour la vie courante [loyer, factures, nourriture]. Déterminer un budget à l'avance permet aussi de se rendre compte plus aisément d'une augmentation de la consommation.

Certains usagers mettent en place des techniques particulières, par exemple retirer une somme en liquide définie à l'avance et ne pas sortir avec sa carte de retrait bancaire lorsqu'on se rend dans un lieu où on s'apprête à consommer.

3.2.3 INCITER LE CONSOMMATEUR À SE FIXER DES LIMITES

Inciter le consommateur à se donner des limites implique de l'amener à réfléchir sur le budget consacré, comme mentionné dans la recommandation précédente. Il peut aussi s'agir de se fixer d'autres limites permettant de mieux contrôler sa pratique, notamment en termes de contexte [par exemple consommer seulement à l'occasion d'une fête et éviter la consommation à domicile], ou de fréquence d'usage. Le professionnel peut accompagner l'usager dans cette réflexion, mais sans fixer les dites limites à la place du consommateur de façon autoritaire.

Il faut aussi attirer l'attention du consommateur sur les contextes dans lesquels il évolue, qui le rendent plus vulnérable à l'usage. Par exemple, se retrouver dans une situation où on dispose de cocaïne de façon continue rend difficile le fait de respecter les limites qu'on a pu se fixer au préalable : ainsi, quand on

consomme de la cocaïne, vendre ce produit ou vivre avec quelqu'un qui en vend rend plus vulnérable au risque de perdre le contrôle.

Il vaut mieux éviter les conseils qui font appel à des notions subjectives tel que : « éviter de prendre ce produit de manière trop régulière ». La notion de régularité fait référence à des temporalités variables selon les individus. De plus, cela sous-tend l'idée qu'une consommation qui ne serait pas « régulière » ne serait pas dommageable. De même, dire « il faut résister à l'envie de re-consommer » apparaît comme un conseil incantatoire : mieux vaut informer sur le « craving » [Voir page 37 : « La difficulté de contrôler la consommation de cocaïne basée »].

Conseiller de ne pas consommer seul est aussi une recommandation à manier avec prudence : certains usagers consomment seuls de manière occasionnelle, par goût de la solitude. Il ne faut pas que ce conseil soit interprété comme un point de vue relevant de la morale. Il faut alors argumenter en expliquant que cette règle peut constituer un moyen de réduire les occasions de consommer, et dans tous les cas, une façon de réduire les risques en cas de malaise ou d'overdose, car il est préférable qu'il y ait quelqu'un à proximité qui puisse réagir.

3.2.4 AIDER L'USAGER À **PRENDRE CONSCIENCE** DE L'INTÉRÊT DE CONSERVER DES **LIENS** AVEC UN ENTOURAGE **NON CONSOMMATEUR**

Il faut accompagner l'usager dans l'idée de ne pas rompre tous liens avec son entourage non consommateur, pour favoriser des moments de sociabilité agréable sans produit, pour garder du lien avec sa famille...

C'est important aussi dans l'optique où la personne voudrait arrêter de consommer dans un futur plus ou moins proche : rien n'est plus dur que de vouloir arrêter et de se retrouver coupé de toute vie sociale à cette occasion.

3.2.5 RAPPELER LE RISQUE JUDICIAIRE

L'usage illicite de stupéfiants est un délit sanctionné d'une peine pouvant aller jusqu'à un an de prison et 3 750 euros d'amende.

Dans la pratique, des peines alternatives aux poursuites sont prononcées de manière graduée pour éviter l'incarcération quand le degré de consommation et les dommages entraînés le permettent : classement assorti d'un rappel à la loi, classement assorti d'une orientation vers une structure sanitaire ou sociale, injonction thérapeutique. Les poursuites pénales devant le tribunal correctionnel sont surtout engagées à l'encontre des récidivistes ou des usagers qui refusent de se soumettre aux mesures alternatives.

Le trafic de stupéfiants est sanctionné par des poursuites graves allant jusqu'à cinq ans de prison et 75 000 euros d'amende. Ces peines peuvent être doublées quand la vente est faite à des mineurs ou dans des lieux spécifiques comme les abords des établissements scolaires.

Vendre à ses amis ou même offrir à ses amis, y compris de petites quantités, est assimilé à du trafic.

La provocation à l'usage et au trafic peut être punie d'une peine maximum de cinq ans de prison et 75 000 euros d'amende.

Un tee-shirt suggestif peut être considéré comme une incitation à la consommation.

La conduite routière sous l'emprise de stupéfiants est sanctionnée, depuis la Loi du 3 février 2003, par une peine maximum de deux ans de prison et 4 500 euros d'amende. Si la personne se trouve également sous l'emprise de l'alcool [au moins 0,5g d'alcool par litre de sang], les peines sont portées à trois ans de prison et 9 000 euros d'amende.

3.3 **P**ROFITER DES LIENS ÉTABLIS AVEC LE CONSOMMATEUR POUR DÉVELOPPER UNE APPROCHE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

→ L'action communautaire se définit comme la démarche qui consiste à agir avec un groupe de personnes unies par une même problématique et un même désir d'action, pour que ces personnes agissent elles-mêmes sur leur environnement et/ou sur leur organisation interne, afin de trouver des solutions aux problèmes qu'elles rencontrent, ou améliorer leur quotidien en regard de la problématique identifiée.

3.3.1 L'ÉDUCATION PAR LES PAIRS POUR **DIFFUSER LES MESSAGES** DE RÉDUCTION DES RISQUES AUPRÈS DES **CONSOMMATEURS INCONNUS** DU **DISPOSITIF SPÉCIALISÉ**

Il semble que de très nombreux consommateurs de cocaïne basée ne soient pas en contact avec les dispositifs spécialisés. Le contact avec un usager constitue donc une opportunité pour diffuser des messages de réduction des risques, en l'incitant à rapporter toutes ces recommandations à ses pairs lors des sessions de consommation, mais aussi à les informer qu'ils peuvent accéder à du matériel de prévention dans la structure, voire, si elle existe dans la structure ou dans une structure partenaire, à une consultation spécialisée sur l'usage de cocaïne.

L'éducation par les pairs doit ainsi constituer une préoccupation centrale des professionnels qui sont en lien avec des usagers susceptibles de relayer l'information vers les groupes de consommateurs qu'ils côtoient. Il existe une littérature importante, au niveau national et international, sur l'intérêt et les limites de « l'éducation par les pairs », mais les limites de cette approche peuvent être discutées lorsqu'il existe des alternatives. Dans ce cas, il s'agit



bien de transmettre des valeurs de préservation de la santé et des bonnes pratiques de consommation, via des usagers qui acceptent de se positionner comme des relais vis-à-vis de groupes qui ne sont pas en contact avec les professionnels du dispositif spécialisé.

3.3.2 LES GROUPES DE CONSOMMATEURS COMME EXPERTS DE LEUR PROPRE PRATIQUE

Il peut être intéressant de saisir les groupes d'usagers comme experts de leur propre pratique, en les associant, autant qu'il est possible, à la réflexion sur le choix des outils mis à disposition et des messages de prévention, de façon à ce qu'ils soient acteurs de la réduction des risques. La concertation préalable avec les groupes d'usagers facilite l'appropriation de ces outils, comme la diffusion des messages de préservation de la santé.

3.4 RÉDUCTION DES RISQUES DE L'INJECTION PAR L'USAGE FUMÉ DE COCAÏNE BASÉE

La prévention du primo-usage de l'usage fumé de cocaïne basée doit tenir compte du contexte : dans le cas des usagers qui injectent la cocaïne, l'usage fumé de cocaïne basée peut représenter un moindre risque sanitaire. Dès lors, il peut être abordé par l'intervenant de réduction des risques comme moyen de diminuer la fréquence des injections, voire d'arrêter progressivement les pratiques d'injection, notamment pour réduire la dégradation du réseau veineux. Cela correspond à un processus de réduction des risques par paliers.

Ainsi, malgré les risques sanitaires liés à l'usage fumé de cocaïne basée [voir page 41 : « Connaître les risques sanitaires »], l'inhalation demeure une alternative à l'injection pour réduire les risques infectieux et préserver le capital veineux. Le professionnel peut ainsi encourager l'usager à remplacer l'injection par l'inhalation, ou bien, à défaut, à alterner les deux voies d'administration. Dans ce dernier cas, il faut, bien entendu, réitérer les conseils sur l'injection à moindre risque [voir les supports de prévention pour l'injection à moindre risque mentionnés page 57 : « Éviter l'injection de cocaïne basée »].

CONCLUSION



Ce Guide s'inscrit dans une conception de réduction des risques et des dommages qui prône la nécessaire responsabilisation et une meilleure autonomie des consommateurs.

Ainsi les recommandations mises en avant incluent avant tout la diffusion d'une information fiable et argumentée afin de prévenir les usages à risques pour la santé et la vie sociale. L'intervention auprès des consommateurs a pour but de les accompagner dans le développement d'un regard critique et distancié sur leurs propres pratiques.

Les thèmes rassemblés dans ce Guide doivent être abordés avec tous les consommateurs qui se présentent comme utilisant de la cocaïne basée ou prévoyant de l'utiliser. Cependant, la discussion mérite aussi d'être engagée avec les consommateurs déjà connus des structures de réduction des risques et des centres de soins, qui peuvent ne pas afficher de prime abord leur pratique de la cocaïne basée, parce qu'ils sont connus par les professionnels comme consommateurs d'un autre produit. Le cas le plus fréquent est celui d'usagers d'opiacés suivis pour ce produit dans les structures. Cela peut aussi être le cas de jeunes consommateurs suivis pour l'usage d'un autre produit, comme le cannabis ou la cocaïne en poudre, notamment dans le cadre des obligations de soins.

ANNEXES

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES SUR L'USAGE DE COCAÏNE BASÉE

PRÉVALENCE DE L'USAGE DE COCAÏNE EN POPULATION GÉNÉRALE

Parmi les produits illicites autres que le cannabis, la cocaïne est actuellement la substance la plus expérimentée en France et son usage est en constante progression. En 2010, l'estimation du nombre d'expérimentateurs en France atteint 1,5 million de personnes, parmi lesquelles 400 000 en ont consommé au cours des douze derniers mois¹. Au-delà de l'ampleur de ces expérimentations, c'est leur augmentation au fil des années qu'il faut souligner. Le Baromètre Santé est une enquête conduite en France de façon périodique par voie téléphonique [INPES/OFDT ; Edition 2010 : N = 21 818]. Parmi les 18-64 ans, 0,8% de la population française avait expérimenté la cocaïne en 1992 ; ces expérimentateurs représentent 1,2% de la population en 1995 ; 1,7% en 2000 ; 2,6% en 2005 ; pour finalement atteindre 3,8% en 2010. En ce qui concerne les consommateurs « actifs », ce sont moins de 1% des Français de 18 à 64 ans qui déclarent avoir consommé de la cocaïne au moins une fois au cours de la dernière année [0,9%]². Les niveaux atteints en France restent cependant inférieurs à ceux de nombreux pays européens, les chiffres nationaux oscillant entre 0,1% [en Roumanie] et 10,2% [en Espagne] chez les 15-64 ans³. Ce sont l'Irlande, l'Espagne, l'Italie, et le Royaume-Uni qui déclarent des prévalences supérieures à la moyenne européenne, estimée à 4,3% pour l'ensemble de l'Union⁴.

1. Beck [F], Guignard [R], Richard [JB], Touar [ML], Spilka [S], « Les niveaux d'usage de drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre Santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte », *Tendances*, n°76, 2011, 1-6.

2. Beck [F], Guignard [R], Richard [JB], Touar [ML], Spilka [S], 2011, op.cit.

3. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies [OEDT], « Rapport annuel 2011. Etat du phénomène de la drogue en Europe », Office des publications de l'Union Européenne, 2011, 117 pages, p. 72.

4. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies [OEDT], 2011, op.cit., p. 71.

Les plus jeunes sont plus souvent concernés que leurs aînés : 6% des jeunes de 18 à 25 ans ont déjà pris de la cocaïne au moins une fois dans leur vie, ainsi que 7,6% des 26-34 ans. D'ailleurs, l'usage récent [au cours de la dernière année] concerne prioritairement les 18-25 ans [2,5% dans l'ensemble ; 3,7% chez les hommes, 1,3% chez les femmes]⁵. L'expérimentation comme l'usage récent concernent environ trois fois plus les hommes que les femmes.

5. Beck [F], Guignard [R], Richard [JB], Tourar [ML], Spilka [S], 2011, op.cit.

Tableau 1

Expérimentation des substances psychoactives en fonction des tranches d'âge parmi les personnes de 18-64 ans [en %] en 2010.

	ENSEMBLE	18-25 ANS	26-34 ANS	35-44 ANS	45-54 ANS	55-64 ANS
Nombre d'individus (N)	21 818	2 899	3 872	5 368	4 637	5 042
Alcool	94,9	91,8	92,3	95,5	96,5	97,0
Tabac	78,3	76,3	79,7	79,5	80,1	75,4
Cannabis	32,8	47,3	51,7	38,0	22,6	10,1
Poppers	5,3	10,8	7,9	6,6	2,4	0,5
Cocaïne	3,8	6,0	7,6	3,7	2,2	0,6
Champignons hallucin.	3,2	4,9	6,7	3,0	1,9	0,5
Ecstasy / MDMA	2,7	4,2	6,8	2,5	0,7	0,1
Colles et solvants	1,9	2,7	3,2	2,2	1,4	0,3
LSD	1,8	2,1	3,4	1,4	1,3	0,9
Amphétamines	1,7	2,1	3,1	1,2	1,4	1,2
Héroïne	1,2	1,4	2,1	1,5	1,1	0,2

Sources : Baromètre Santé 2010 / INPES / Beck & al, 2011.

Tableau 2

Usage au cours de l'année de drogues illicites autres que le cannabis en fonction des tranches d'âge chez les 18-64 ans [en %] en 2010.

	ENSEMBLE	18-25 ANS	26-34 ANS	35-44 ANS	45-54 ANS	55-64 ANS
Nombre d'individus (N)	21 818	2 899	3 872	5 368	4 637	5 042
Poppers	0,8	2,9	1,0	0,3	0,4	0,1
Cocaïne	0,9	2,5	1,8	0,6	0,2	0,0
Champignons hallucin.	0,2	0,9	0,3	0,1	0,1	0,0
Ecstasy / MDMA	0,3	1,1	0,6	0,2	0,0	0,0
Colles et solvants	0,4	1,3	0,5	0,2	0,1	0,1
LSD	0,2	0,6	0,2	0,0	0,0	0,0
Amphétamines	0,2	0,7	0,3	0,1	0,0	0,2
Héroïne	0,2	0,6	0,5	0,1	0,1	0,0

Sources : Baromètre Santé 2010 / INPES / Beck & al, 2011.

Du point de vue épidémiologique, il est important de souligner que les adolescents sont également touchés par une hausse de l'expérimentation de cocaïne. L'enquête ESCAPAD se déroule périodiquement en France auprès des jeunes âgés de 17 ans lors de la Journée d'Appel de Préparation à la Défense - JAPD - [OFDT/Direction du Service national ; Edition 2008 : N = 43 799]. En 2008, 3,3% des jeunes Français âgés de 17 ans déclarent avoir déjà consommé de la cocaïne, alors qu'ils étaient

2,5% en 2005, et seulement 1% en 2000⁶. Cependant, les données les plus récentes recueillies lors de la dernière édition en 2011 montrent une stagnation, voire une légère baisse de l'expérimentation : 3% des jeunes de 17 ans interrogés en 2011 déclarent avoir déjà expérimenté la cocaïne [versus 3,3% en 2008 ; $p = 0.046$]⁷. En ce qui concerne l'usage de la cocaïne basée, 1% des jeunes de 17 ans déclaraient au moins une prise au cours de la vie en 2008 alors qu'ils ne sont plus que 0,8% à déclarer de même en 2011⁸.

6. Leqleye [S], Spilka [S], Le Nezet [O], Laffiteau [C], « Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 », *Tendances*, n°66, 2009, 1-6.

7. Spilka [S], Le Nezet [O], Touar [ML], "Estimation 2011 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans », Note à l'attention du Président de la MILDT, OFDT, novembre 2011.

8. Spilka [S], Le Nezet [O], Touar [ML], 2011, op.cit.

PRÉVALENCE DES USAGES DE COCAÏNE EN POPULATIONS SPÉCIFIQUES

La mesure de l'expérience de la cocaïne a également été réalisée en France dans deux populations spécifiques, considérées comme à haut risque de consommation : les personnes qui fréquentent les structures d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues [CAARUD] d'une part, et les personnes qui fréquentent l'espace festif lié aux musiques électroniques d'autre part.

POPULATION FRÉQUENTANT LES CAARUD

Dans une étude conduite en 2012 auprès des usagers de drogues fréquentant les CAARUD -Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues- [OFDT/DGS ENα-CAARUD 2012 ; N= 2 773]⁹, usagers vivant souvent dans des conditions d'existence précaires, 44,4% des personnes interrogées ont consommé de la cocaïne sous une forme ou sous une autre [cocaïne poudre, crack ou free-base] au cours du mois précédant l'enquête ; 36,1% ont acquis de la cocaïne en poudre et 17,5% ont acheté du crack directement sous forme de caillou [essentiellement pour ce dernier, en Île-de-France, en Guyane et en Martinique]. Parmi les acheteurs de cocaïne en poudre, 32,9% l'ont consommé basée [free-base] au moins une fois au cours du dernier mois, contre 23,4% en 2008. Cette donnée quantitative vient renforcer les observations qualitatives évoquant l'extension continue de la pratique du basage chez les usagers de cocaïne en poudre : ainsi, en 2012, plus de la moitié [55%] des usagers récents de cocaïne fréquentant les CAARUD l'ont consommée basée au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête.

Des exploitations plus fines destinées à mieux comprendre les pratiques de la cocaïne ont d'autre part été menées. Deux constats méritent particulièrement l'intérêt. D'une part, les voies d'administration sont hétérogènes, avec une pratique de l'injection qui n'est pas marginale¹⁰. D'autre part, le recours à l'achat de

crack ou à l'achat de poudre permet de visualiser l'implantation locale du marché du crack en France (Île-de-France et Départements français d'Amérique)¹¹.

Tableau 3

Mode d'usage de la cocaïne et du free-base, ainsi que du crack au cours du dernier mois chez les usagers des CAARUD en 2012 [en %]

	N	INJECTION	ORAL	VOIE NASALE	FUMÉ INHALÉ
Cocaïne ou Free-Base	1 040	52,8	0,6	46,9	32,9
Crack	504	4,2	0,2	2,9	98,9

Sources : OFDT/DGS ENa-CAARUD 2012 ; Saïd *et al.*, 2013, à paraître

Note : un consommateur peut déclarer plusieurs voies d'administration

9. L. Saïd [S], Cadet-Tairou [A], Martinez [M], Résultats Ena-CAARUD 2012. Profils et pratiques des usagers, Saint Denis, OFDT, 2013, à paraître.

10. Saïd [S] *et al.*, 2013, *op.cit.*, à paraître. 8. Spilka [S], Le Nezet [O], Touar [ML], 2011, *op.cit.*

11. Cadet-Tairou A, « Les usagers précaires de cocaïne et de crack », in : Poussel M [sous la direction de], Cocaïne : données essentielles, OFDT, 2012, 232 pages, p.87-94.

Tableau 4

Part des usagers de drogues fréquentant les CAARUD déclarant consommer de la cocaïne basée, sous forme de crack [achetée déjà basée] ou de free-base [basée après achat], 2008 [en %]¹²

	GUYANE/ANTILLES	ILE DE FRANCE	AUTRES RÉGIONS MÉTROPOLITAINES*
Nombre d'individus (N)	124	700	2 314
Cocaïne basée	87,0	45,9	11,0
Dont crack	83,9	43,4	4,9
Dont free-base	21,2	5,7	7,8

Sources : OFDT/DGS ENa-CAARUD 2008 ; Cadet-Tairou, in Poussel [Dir], 2012.

Note : tous les pourcentages sont rapportés à l'ensemble des usagers des CAARUD

*L'analyse des données des personnes affirmant consommer du crack en Prouince révèle des profils superposables aux « free basers » et non aux crackers : il s'agit soit de consommations occasionnelles survenues lors de déplacements, soit de l'emploi du mot crack pour parler de free-base.

12. Cette analyse, réalisée spécifiquement sur Ena-CAARUD 2008 pour l'ouvrage de l'OFDT « Cocaïne : données essentielles » [2012], n'est pas disponible à ce jour sur Ena-CAARUD 2012.

POPULATION FRÉQUENTANT L'ESPACE FESTIF « MUSIQUES ELECTRONIQUES »

Dans une étude conduite en 2005 à Bordeaux, Toulouse, Rennes, Metz et Nice, auprès des personnes qui fréquentent l'espace festif lié aux musiques électroniques [OFDT/GRVS Quanti Festif 2005 ; N = 1 496]¹³, 63% des personnes interrogées déclarent avoir déjà consommé de la cocaïne au cours de leur vie, et 35% rapportent en avoir consommé au cours du dernier mois avant l'enquête. De plus, 21% ont déjà fumé de la cocaïne basée et 6% en ont fumé au cours du dernier mois.

Dans cette étude, dont une nouvelle édition est en cours de réalisation, la

population fréquentant l'espace festif Musiques Electroniques a été divisée en « groupes d'affinité » : les personnes qui privilégient l'espace festif alternatif [rave party, free party], celles qui privilégient les soirées urbaines [bars de nuit, soirées événements, festivals], le milieu clubbing [boîtes de nuit étiquetées « club Electro », dont une partie est labellisée Gay Friendly] et enfin les lieux dits Select [établissements de nuit avec cooptation à l'entrée et/ou prix élevés]. Cette catégorisation du public a permis d'informer plus finement la diffusion des usages de cocaïne dans cette population.

Tableau 5

Expérimentation et usage au cours du dernier mois de poudre de cocaïne et de cocaïne basée [crack ou free-base] selon les quatre groupes d'affinité composant l'espace festif « Musiques Electroniques » en 2005 [en %]

	ENSEMBLE	ALTERNATIF	SOIRÉES URBAINES	CLUBBING	SELECT	P
Nombre d'individus (N)	1 496	476	398	430	192	
Expérimentation : au moins une fois au cours de la vie						
Cocaïne poudre	62,6	81,2	59,4	51,4	48,4	0.0001
Cocaïne base	20,6	41,1	15,4	9,4	6,8	
Usage actuel : au moins une fois au cours du dernier mois						
Cocaïne poudre	34,8	50,0	27,1	27,9	27,1	0.0001
Cocaïne base	6,1	13,4	4,5	1,4	1,6	

Sources : Quanti Festif OFDT/GRVS 2005 ; Reynaud-Maurupt & al, 2007.

Parmi les personnes qui ont déjà consommé de la cocaïne basée, 98,9% déclarent l'avoir fumé, ce qui est sa voie d'administration habituelle et privilégiée¹⁴.

13. Reynaud-Maurupt [C], Chaker [S], Clavierie [O], Monzel [M], Moreau [C], Les pratiques et les opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif Musiques Electroniques, Saint Denis, OFDT, 2007, 143 pages, p.60-68.

14. Reynaud-Maurupt [C], Chaker [S], Clavierie [O], Monzel [M], Moreau [C], 2007, op.cit., p.72.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES SCIENTIFIQUES

Beck [F], Guignard [R], Richard [JB], Touar [ML], Spilka [S], Les niveaux d'usage de drogues en France en 2010. Exploitation des données du Baromètre Santé 2010 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte, *Tendances*, n°76, 2011, 1-6.

Beck [F], Lequey [S], Spilka [S], Briffault [X], Gautier [A], Lamboy [B], Léon [C], Wilquin [JL], Les niveaux d'usage de drogues en France en 2005. Exploitation des données du Baromètre Santé 2005 relatives aux pratiques d'usage de substances psychoactives en population adulte, *Tendances*, n°48, 2006, 1-6.

Bierut [LJ], Strickland [JR], Thompson [JR], Altul [SE], Cottler [LB], Drug use and dependence in cocaine dependent subjects, community-based individuals, and their siblings, *Drug and Alcohol Dependence*, 95[1-2]: 2008, 14-22.

Cadéi-Tairou [A], Résultats ENa-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers, *Bulletin Enquête ENa-CAARUD*, OFDT, 2012, 1-6.

Cadéi-Tairou [A], Coquelin [A], Toufik [A], CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008, *Tendances*, n°74, 2010, 1-4.

Charles-Nicolas [A], Lacoste [J], Ballon [N], Le point sur l'addiction à la cocaïne et au crack, *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 2009, 504-507.

Cohen [P], Sas [A], Les usages de cocaïne chez les consommateurs insérés à Amsterdam, *Communications*, n°62, 1996, 195-221.

Debeck [K], Kerr [T], Li [K], Fisher [B], Buxton [J], Montaner [J], Wood [E], Smoking crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs, *Canadian Medical Association Journal*, DOI:10.1503/cmaj.082054.

Deuillers [C], Pierard-Franchimont [C], Pierard [GE], Charlier [C], Quatresooz [P], Comment j'explore des lésions cutanées chez un toxicomane adepte de la cocaïne ou du crack, *Reu Med Liège*, 64 [3], 2009, 58-60.

Domanico [A], Malta [M], Implementation of Harm reduction toward Crack users in Brazil : Barriers and Achievements, *Substance Use and Misuse*, 47, 2012, 535-546.

Erickson [PG], Weber [TR], Cocaine careers, control and consequences : results from a canadian study, *Addiction Research*, vol. 2, n°1, 1994, 37-50.

Fischer [B], Powis [J], Firestone [CM], Rudzinski [K], Rehm [J], Hepatitis C virus transmission among oral crack users : viral detection on crack paraphernalia, *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 20 [1], 2008, 29-32.

Freeman [RC], Collier [K], Parillo [KM], Early life sexual abuse as a risk factor for crack cocaine use in a sample of community-recruited women at high risk of illicit drug use, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28 [1], 2002, 109-131.

- Green [A], Pickering [H], Foster [R], Power [R], Stimson [GV]. Who uses cocaine ? Social profiles of cocaine users, *Addiction Research*, vol. 2, n°2, 1994, 141-154.
- Haqan [H], Thiede [H], Des Jarlais [DC]. HIV/hepatitis C virus co-infection in drug users : risk behavior and prevention, *AIDS*, 19 suppl 3, 2005, S199-S207.
- Hammersley [R], Ditton [J]. Cocaine careers in a sample of Scottish users, *Addiction Research*, vol. 2, n°1, 1994, 51-69.
- Harzke [AJ], Williams [ML], Bowen [AM]. Binge use of crack cocaine and sexual risk behaviors among African-American, HIV-positive users, *AIDS Behavior*, 13[6], 2009, 1106-1118.
- Hoffman [JA], Klein [H], Eber [M], Crosby [H]. Frequency and intensity of crack use as predictors of women's involvement in HIV-related sexual risk behaviors, *Drug and Alcohol Dependence*, 58[3], 2000, 227-236.
- Iusins [A], Roth [E], Nakamura [N], Krajden [M], Fischer [B], Uptake, benefits of and barriers to safer crack use kit [SCUK] distribution programmes in Victoria, Canada. A qualitative exploration, *International Journal of Drug Policy*, 22, 2011, 292-300.
- Jaufret-Roustide [M], Rondy [M], Oudaya [L], Guibert [G], Semaille [C], Pequart [C], et le collectif inter-CAARUD sur le crack. Une enquête auprès des consommateurs de crack en Île-de-France. Retour d'expérience sur un outil de réduction des risques pour limiter la transmission du VIH et des hépatites, *BEHWeb* 2010 [1].
- Jaufret-Roustide [M], Le Strat [Y], Couturier [E], Thierry [D], Rondy [M], Quaglia [M], Razafandratsima [N], Emmanuelli [J], Guibert [G], Barin [F], Desenclos [JC]. A national cross sectional study among drug users in France, *BMJ Infectious Diseases*, 9, 2009, 113-124.
- Lebeau [B]. La réduction des risques à l'épreuve de la cocaïne, *THS La Revue*, vol. 4, n°13, 2002, 737-739.
- Leleque [S], Spilka [S], Le Nezet [O], Laffiteau [C]. Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008, *Tendances*, n°66, 2009, 1-6.
- Leonard [L], DeRubeis [E], Pelude [L], Medd [E], Birkett [N], Seto [J]. I inject less as I have easier access to pipes. Injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed, *International Journal of Drug Policy*, 19, 2008, 255-264.
- Lukaszewicz [M], Benjamina [A], Frenoy-Peres [M], Reynaud [M]. L'entretien motivationnel I - les bases théoriques, *Alcoolologie et Addictologie*, [28], 2, 2006, 155-162.
- Macias [J], Palacios [RB], Claro [E], Varqas [J], Verqara [S], Mira [JA], et al. High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack, *Liver Int*, 28[6], 2008, 781-786.
- Mc Coy [C], Lai [S], Metsch [L], Messiah s, Zhao [W]. Injection drug use and Crack cocaine Smoking : Independent and dual risk behaviors for HIV infection, *Ann Epidemiol*, 14, 2004, 535-542.
- Martin [DH], DiCarlo [RP]. Recent changes in the epidemiology of genital ulcer disease in the United States. The Crack cocaine connection, *Sex Transm Dis*, 21 [2 suppl], 1994, S76-80.
- Marx [R], Aral [SO], Rolfs [RT], Sterk [CE], Kahn [JG]. Crack, Sex and STD, *Sex Transm Dis*, 18[2], 1991, 92-101.
- Moekli [C]. La cocaïne : mise à l'épreuve du dispositif d'aide d'une petite ville, *Dépendances/GREAT*, 18, 2002, 18-21.
- Nabben [T], Korf [DJ]. Cocaine and crack in Amsterdam : diverging subcultures, *Journal of Drug Issues*, vol. 29, n°3, 1999, 627-652.
- Nappo [SA], Sanchez [Z], De Oliveira [LG]. Crack, AIDS and women in Sao Paulo, Brazil, *Substance Use and Misuse*, 46[4], 2011, 476-85.
- Pottieger [AE], Tressels [PA], Inciardi [JA], Rosales [TA]. Cocaine use patterns and overdose, *Journal of Psychoactive Drugs*, 24 [4], 1992, 399-410.
- Reboussin [BA], Anthony [JC]. Is there epidemiological evidence to support the idea that a cocaine dependence syndrome emerges soon after onset of cocaine use? *Neuropsychopharmacology*, 31[9], 2006, 2055-2064.
- Reynaud-Maurupt [C], Milhet [M], Hoareau [E], Cadet-Tairou [A]. Les carrières de consommation d'usagers de cocaïne inconnus des institutions socio sanitaires et répressives : une recherche qualitative conduite en France en 2007-2009 , *Déviance & Société*, vol. 35, n°4, 2011, 503-529.
- Reynaud-Maurupt [C], Cadet-Tairou [A]. Substances psychoactives chez les amateurs de l'espace festif Electro, *Tendances*, n°56, 2007, 1-4.
- Reynaud-Maurupt [C], Bello [PY], Toufik [A], Akoka [S]. Characteristics and Behaviors of Ketamine Users in France in 2003, *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 39, n°1, 2007, 1-11.

- Reynaud-Maurupt [C], Verchère [C], Toufik [A], Bello [PY]. Les usages de l'héroïne en France chez les consommateurs initiés à partir de 1996. La contribution d'une étude qualitative exploratoire menée en 2002, *Psychotropes*, vol. 9, n°3-4, 2003, 57-78.
- Ross-Durov [PL], Boyd [CJ]. Sexual abuse, depression and eating disorders in African American women who smoke cocaine, *Journal of substance abuse treatment*, 18, 2000, 79-81.
- Thorpe [LE], Ouellet [LJ], Leuy [JR], Williams [IT], Monterroso [ER]. Hepatitis C virus infection: prevalence, risk factors, and prevention opportunities among young injection drug users in Chicago, 1997-1999, *J Infect Dis*, 182[6], 2000, 1588-1594.
- Tobin [KE], German [D], Spikes [P], Patterson [J], Latkin [C]. A comparison of the social and sexual networks of crack-using and non crack using African American men who have sex with men, *Journal of Urban Health*, 88 [6], 2011, 1052-1062.
- Tortu [S], Neaiquis [A], Mac Mahon [J], Haagen [D]. Hepatitis C among non injecting drug users : a report, *Substance Use and Misuse*, 36 [4], 2001, 523-534.
- Tortu [S], Mac Mahon [JM], Pouget [ER], Hamid [R]. Sharing of non injection drug use implements as a risk factor for Hepatitis C, *Substance Use and Misuse*, 39[2], 2004, 211-224.
- Toufik [A], Cadet-Tairou [A], Janssen [E], Gandilhon [M]. Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD, *Tendances*, n°61, 2008, 1-4.
- Trujillo [J]. An Existential Phenomenology of Crack Cocaine Abuse, *Janus Head*, 7 [1], 2009, 167-187.

RAPPORTS SCIENTIFIQUES

- Cadet-Tairou [A], Gandilhon [M], Lahaie [E], Chalumeau [M], Coquelin [A], Toufik [A]. Drogues et usages de drogues en France. Etat des lieux et Tendances récentes en 2007-2009. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND, OFDT, 2010, 281 pages.
- Caqliero [S], Lagrange [H]. La consommation de drogues dans le milieu de la prostitution féminine, Paris, OFDT, 2004, 93 pages.
- Cohen [P], Sas [A]. Cocaine use in Amsterdam II, rapport du département de géographie humaine de l'université d'Amsterdam, 1995.
- Coppel [A]. Enquête exploratoire portant sur la consommation de stimulants auprès des jeunes habitants des cités de la région parisienne, Sida paroles - Association Française de Réduction des risques pour la Direction Générale de la Santé, 2006, 131 pages.
- Costes [JM] - Dir -. Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND, Saint Denis, OFDT, 2010, 192 pages.
- Escots [S], Reynaud-Maurupt [C], Cadet-Tairou [A]. « La cocaïne et la diffusion de ses usages », in : Costes [JM]. Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 vus au travers du dispositif TREND, Saint Denis, OFDT, 2010, 51-61.
- Escots [S], Suderie [G]. Usages problématiques de cocaïne/crack : quelles interventions pour quelles demandes ?, OFDT, 2010, 247 pages.
- Ferdinand [S], Théodore [M]. Profils et trajectoires des usagers de crack en Guadeloupe, Observatoire de la santé de la Guadeloupe, 2008, 42 pages.
- Hallen [S], Grémuy [I]. Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux et évolutions en 2007, TREND. 2008, ORS Ile de France / OFDT. Paris.
- Haute Autorité de Santé [HAS]. Prise en charge des consommateurs de cocaïne : recommandations de bonnes pratiques, 2010, 274 pages.
- Johnson [J], Malchy [L], Muluoque [T], Moffat [B], Boyd [S], Buxton [J], Bungeay [V], Loudfoot [J]. Lessons learned from the SCORE project : a document to support Outreach and Education related to safer crack use, Nursing and Health Behavior Research Unit - NEXUS, 2008, 61 pages.
- Leonard [L], DeRubeis [E], Birkelt [N]. Santé Publique Ottawa. Initiative pour l'usage plus sécuritaire du crack. Rapport d'évaluation, Département d'Epidémiologie et de médecine sociale, 2006, 83 pages.
- Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies [OEDT]. Rapport annuel 2011. Etat du phénomène de la drogue en Europe, Office des publications de l'Union Européenne, 2011, 117 pages.

Observatoire de la Santé de la Martinique, CIRDD Martinique, Enquête CAME, Crack à la Martinique : état des lieux, 2008, 64 pages.

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies [OFDT], Données du Dispositif SINTES de l'OFDT, Saint-Denis, 2013, à paraître.

Reynaud-Maurupt [C], Hoareau [E], Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés » : dynamique de l'usage, conséquences de la pratique et stratégies de contrôle chez des consommateurs de cocaïne non connus du système de prise en charge social et sanitaire et des institutions répressives, Saint Denis, OFDT, 2010, 273 pages.

Reynaud-Maurupt [C], Chaker [S], Clavierie [O], Monzel [M], Moreau [C], Les pratiques et les opinions liées aux usages des substances psychoactives dans l'espace festif Musiques Electroniques, Saint Denis, OFDT, 2007, 143 pages.

Reynaud-Maurupt [C], Verchère [C], Les nouveaux usages de l'héroïne, OFDT, 2003, 119 pages.

Saïd [S], Cadet-Tairou [A], Martinez [M], Résultats Ena-CAARUD 2012. Profils et pratiques des usagers, Saint Denis, OFDT, 2013, à paraître.

OUVRAGES

Beck [F], Legele [S], « Epidémiologie de l'addiction à la cocaïne », in : Karila [L], Reynaud [M], *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 12-17.

Bonnet [N], Edel [Y], « Données pharmacologiques », in : Karila [L], Reynaud [M], *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 29-32.

Bourgeois [P], *En quête de respect. Le crack à New York*, Seuil, 2001, 458 pages.

Cadet-Tairou [A], « Les usagers précaires de cocaïne et de crack », in : Pousset [M], *Cocaïne : données essentielles*, OFDT, 2012, 232 pages, p. 87-94.

Canarelli [T], Lermenier [A], Dambélé [S], Carte d'identité de la cocaïne, in : Pousset [M], *Cocaïne : données essentielles*, OFDT, 2012, p. 11-17.

Decorte [T], *The Taming of cocaine*, VUB Brussels University Press, 2000, 499 pages.

Decorte [T], Stock [S], *The Taming of cocaine II. A 6-year follow-up study of 77 cocaine and crack users*, VUB Brussels University Press, 2005, 376 pages.

Lacoste [J], Charles-Nicolas [A], « Addiction à la cocaïne et co-addictions », in : Karila [L], Reynaud [M], *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 70-78.

Lejeune [C], Simonpoli [AM], « Exposition prénatale à la cocaïne et conséquences », in : Karila [L], Reynaud [M], *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 79-87.

Louenstein [W], « Complications somatiques de la consommation de cocaïne », in : Karila [L], Reynaud [M], *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 64-69.

Karila [L], Belkacem [A], Reynaud [M], « Abus et dépendance à la cocaïne », in : Karila [L], Reynaud [M], *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 38-41.

Karila [L], Reynaud [M] -Dir-, *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, 129 pages.

Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies [OFDT], *Drogues et addictions : données essentielles*, Saint Denis, OFDT, 2013, 399 pages.

Pousset [M] -Dir-, *Cocaïne : données essentielles*, Saint Denis, OFDT, 2012, 232 pages.

Vorspan [F], Lépine [JP], « Mesures du craving pour la cocaïne », in : Karila [L], Reynaud [M], *Addiction à la cocaïne*, Flammarion, 2009, p. 42-48.

Waldorf [D], Reinerman [C], Murphy [S], *Cocaine changes. The experience of using and quitting*, Philadelphia, Temple University press, 1991, 326 pages.

Zinberg [NE], *Drug, Set and Setting : the basis for controlled intoxicant use*, Yale University Press, 1984, 277 pages.

LITTÉRATURE « GRISE », COMMUNICATIONS ORALES, SITES INTERNET

Association Française de Réduction des Risques - AFR - www.a-f-r.org

Apothicom www.apothicom.org

CRAT [Centre de recherche sur les agents tératoéens], www.lecrat.org

CRIPS [Centre de recherche, d'information et de prévention contre le sida], Le crack de l'Amérique à l'Europe. La réduction des risques à l'épreuve, 2^e rencontre du CRIPS, 1995, 68 pages.

Espoir Goutte d'Or [EGO], Crack : pathologies associées et soins, 2005, non publié.

Lestrade [D], « Alerte sur la pratique du SLAM chez les gays », Minorités, n°124, 2012. <http://www.minorites.org/index.php/2-la-revue/1289-alerte-sur-la-pratique-du-slam-chez-les-gays.html>

Psychoactif [Espace solidaire entre usagers de drogues], www.psychoactif.fr

Réseau Juridique Canadien VIH/Sida, « La distribution de trousses pour un usage plus sécuritaire de crack, au Canada », 2008, 10 pages, <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?rel=1391>.

Spilka [S], Le Nezet [O], Touar [ML], "Estimation 2011 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans », Note à l'attention du Président de la MILDT, OFDT, novembre 2011.

Techno - www.technoplus.org

Turning Point, The crack report, 2005, 28 pages.

SUPPORTS DE PRÉVENTION

AFR - Association Française de Réduction des Risques, « Chasser le dragon ou comment fumer sur de l'alu », Flyer de Prévention www.a-f-r.org/commander/chasser-le-dragon-brochure.

Apothicom, « Comment chasser le dragon », Flyer de Prévention, 2010, http://www.apothicom.org/downloads/PJ_6.pdf

ASUD, « Manuel du shoot à moindre risque », 32 pages www.asud.org/pub/manuel.shoot.moins.risques.pdf

Bonnet [N], Norqumberq [T], Saqaa [L], « 17'10... Une injection à moindre risque », DVD, 2007.

CRIPS Ile de France, INPES, Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues : document pour les professionnels en contact avec les usagers, 2009, 72 pages.

INPES, « 24 réponses sur la cocaïne. Cocaïne poudre, free-base [crack] », 2009, 28 pages. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1268.pdf>

INPES, "Drogues et dépendances : le livret d'information », 2007, 179 pages, <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/921.pdf>

Lester [M], Tschakousky [K], « Le crack : parlons franchement », Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto, 2006, 2 pages.

Techno +, « Coke / Crack », Flyer de Prévention, 2012, www.technoplus.org/1/1/1019/1

Ce Guide de prévention de l'usage de cocaïne basée [crack/free-base] s'adresse à tous les professionnels du dispositif spécialisé : CAARUD, missions de réduction des risques en milieu festif, CSAPA, CJC...

Réalisé à partir d'une revue de la littérature et de travaux de concertation avec un groupe d'experts, l'ouvrage décrit les bonnes pratiques en matière d'intervention précoce auprès des usagers consommateurs de cocaïne basée ou susceptibles de l'expérimenter, fournit les éléments de connaissance essentiels sur les effets et les risques de ce produit, puis détaille les principes de réduction des risques et des dommages spécifiques à cette pratique, sur le plan sanitaire comme sur le plan psycho-social.



AIRDDS | CIRDD
BRETAGNE | AAPF
PCPPS
 Association d'information et de ressources
 sur les drogues, les dépendances et le sida

G.R.V.S.
 GROUPE DE RECHERCHE
 SUR LA VULNÉRABILITÉ SOCIALE

