

Stratégies de prévention des usages et des troubles de l'usage de cocaïne



Ce document est l'un des livrables du projet AIPAUC (Améliorer l'information, la prévention et l'accompagnement des usagers de cocaïne) que la Fédération Addiction a piloté entre 2020 et 2023, avec le soutien du Fonds de lutte contre les addictions.

Il a pour objectif d'être une ressource pour l'ensemble des personnes pouvant travailler à la prévention des usages de la cocaïne et de l'addiction.

som MAIRE

Une offre et des consommations de cocaïne en expansion rapide, des dommages sanitaires et sociaux croissants / P.4

Les consommations augmentent fortement / P.4

Les risques associés à la consommation de cocaïne sont nombreux / P.5

Une hausse des consommations qui pose donc question / P.7

État des solutions : des stratégies de prévention existent / P.9

Face aux risques de consommation de substances chez les jeunes et particulièrement chez les jeunes vulnérables : le renforcement des compétences psychosociales (CPS) / P.9

Une attention particulière doit être prêtée à certains jeunes / P.10

Face à la méconnaissance des conséquences : informer sur les risques / P.10

Face au risque de passage de l'expérimentation à l'addiction : le repérage et l'intervention précoce / P.12

Qui peut intervenir ? / P.13

Le rôle de l'entourage : participer à un environnement favorable / P.13

Le rôle du médecin généraliste : engager le dialogue et le suivi / P.14

Le rôle des équipes de liaison : favoriser le suivi / P.14

Le rôle des CJC : être une ressource pour tous les acteurs / P.14

Les perspectives d'action / P.15

Une offre et des consommations de cocaïne en expansion rapide, des dommages sanitaires et sociaux croissants

Quelques éléments de contexte

Depuis une trentaine d'années, les saisies de cocaïne ne cessent d'augmenter en France. Si lors de la décennie 1990, celles-ci atteignaient en moyenne plus de 1,8 tonne par an, elles s'élevaient à 5,3 tonnes dans les années 2000 et à plus de 11 tonnes dans les années 2010. En 2022, les saisies ont atteint un record avec 27,7 tonnes contre 13,1 tonnes en 2020. Cette évolution est la conséquence de plusieurs facteurs :

- La **très forte croissance de la production de cocaïne** en Amérique latine et particulièrement en Colombie d'où provient la majeure partie du chlorhydrate consommé en France. Depuis le début de la décennie 2010, la production dans ce pays a plus que triplé passant de 384 tonnes en 2011 à 1400 tonnes en 2022.

- La **diversification des routes de la cocaïne** avec le rôle important des Antilles françaises comme zones de transit vers la métropole et plus récemment de la Guyane française comme source directe à travers le trafic de mules. En 2022, 55% de la cocaïne saisie dont la provenance était connue venait des Antilles et de la Guyane.

Cette offre massive est allée de pair avec une augmentation de la pureté de la cocaïne proposée en France. Il n'est ainsi plus exceptionnel de trouver des échantillons jusqu'à 90% de pureté et, malgré cela, des prix stables voire parfois orientés à la baisse. C'est ainsi que les données de saisies (OCTRIIS/OFAST, 2021) indiquaient des teneurs moyennes de 45,8% en 2011 pour un prix moyen de 60 euros/g contre 63,5% en 2020 pour un prix moyen de 66 euros.

■ Les consommations augmentent fortement

L'augmentation de la disponibilité de cocaïne à très forte teneur dans notre pays s'est accompagnée d'une augmentation des niveaux d'usage. Avec 2,1 millions d'expérimentateurs, la cocaïne est dorénavant la 2^{ème} drogue illicite la plus utilisée dans notre pays, après le cannabis.

Son expérimentation a doublé chez les 26-

44 ans entre 2000 (3,9%) et 2017 (8,4%). Chez les adolescents, les expérimentations ont aussi augmenté, passant de 0,9% des jeunes de 17 ans en 2000 contre 1,4% en 2022. On dénombre environ 600 000 usagers réguliers dont 30% de femmes avec des prévalences maxima entre 20 et 40 ans¹. Ces hausses des consommations s'alignent sur les tendances mondiales et européennes.

1. Source : OFDT (2023). La cocaïne, un marché en essor. Évolutions et tendances en France (2000-2022), Paris, 65 p.

Cette augmentation des niveaux d'usage a entraîné une augmentation de la prévalence des troubles de l'usage de cocaïne qui se traduit par un accroissement de la demande de soins et de la fréquentation des lieux d'accompagnement et de soins par les usagers problématiques de cocaïne.

En 10 ans, les demandes de traitement au titre de la cocaïne en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ont doublé, tandis que les recours aux urgences pour un usage de cocaïne ont triplé et que les séjours hospitaliers en lien avec une intoxication à la cocaïne ont été multipliés par cinq².

Il est à noter également une augmentation sensible de la prévalence des demandes de soins liées à des usages de cocaïne basée ("crack").

Une estimation produite à partir des données des CSAPA estime à 42 800, le nombre d'usagers de 15-64 ans consommant de la cocaïne basée en 2019 en France contre 12 800 en 2010. Par ailleurs, dans les CAARUD (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues), entre 2015 et 2019, la part des personnes déclarant un usage de cocaïne (chlorhydrate ou basée) dans le mois est passé de 50 à 69%.

Ces données illustrent l'ampleur du phénomène de la cocaïne en France. Cette évolution est donc notamment liée à l'accessibilité croissante de la cocaïne, à l'augmentation des teneurs et à la diversification des modes d'usage avec le développement de la voie fumée, plus rapidement addictive que le "sniff". Cette augmentation de l'offre de cocaïne en France ces dernières années s'est accompagnée d'une baisse des prix et d'une multiplication et diversification des canaux de vente, avec même la livraison à domicile.

Dans ce contexte de massification de l'offre, la consommation de cocaïne a diversifié également ses publics et touche doréna-

vant différentes catégories de la population. Initialement plutôt cantonnée aux milieux "branchés" (médias, jet set, traders, monde de la nuit...), elle s'est diffusée plus largement dans les milieux festifs, non seulement dans les espaces alternatifs mais aussi dans des lieux plus banals (bars et boîtes de nuit) et même dans des fêtes privées, « à l'apéro ».

De manière générale, la hausse des consommations de cocaïne s'est associée à une diversification sociale des consommateurs. Aux CSP très favorisées, se sont ajoutés des jeunes festifs, des actifs des classes moyennes, des actifs faiblement diplômés et même dorénavant, avec le développement de la cocaïne basée et du crack, des personnes en situation de grande précarité. En dépit de cette forte diversité des profils de consommateurs, certains secteurs demeurent plus concernés que d'autres comme l'hébergement et la restauration, les saisonniers, les professions artistiques, de l'information et de la communication, etc.

Ce n'est donc plus un problème marginal et il est nécessaire de repenser la prévention des consommations de cocaïne qui ne doit plus se limiter à une communication centrée sur des populations très ciblées comme le public festif, les secteurs artistiques ou la population très marginalisée accueillie en CAARUD. Comme c'est le cas pour l'alcool, le tabac ou plus récemment pour le cannabis, elle doit envisager de s'élargir à la population générale et mobiliser l'ensemble de la société, au-delà des structures spécialisées.

■ Les risques associés à la consommation de cocaïne sont nombreux

La hausse des consommations de cocaïne doit d'autant plus interroger que les risques liés aux consommations de cocaïne sont bien identifiés mais souvent méconnus des consommateurs et que les nombreuses complications peuvent parfois être très sévères.

² 2. *ibid.*

RAPPELS SUR LA COCAÏNE :

- Psychostimulant, action sympathomimétique.
- Effets recherchés : euphorie, bien-être, confiance en soi, loquacité, audace, énergie, réduction de la sensation de fatigue, endurance...

RAPPELS SUR L'INTOXICATION (DSM 5) :

- Changements psychocomportementaux problématiques : euphorie/émoussement affectif, hypervigilance, sensibilité interpersonnelle, changements de sociabilité, anxiété, tension ou colère, comportements stéréotypés, altération du jugement, perturbation des sensations.
- Effets physiologiques : tachycardie, dilatation pupillaire, augmentation TA, transpiration, frissons, nausées/vomissements, perte de poids, agitation, douleurs thoraciques, confusion, convulsions, dyskinésies, dystonie...

RAPPELS SUR L'INTOXICATION À LA COCAÏNE :

- Euphorie, bien-être, confiance en soi ;
- Accroissement de l'énergie, de l'activité psychomotrice, de la sociabilité, de la libido, tachypsychie, logorrhée ;
- Hypervigilance, sensibilité, anxiété, tension, colère ;
- Insomnie ;
- Altérations du jugement ;
- Signes neurovégétatifs : tachycardie, dilatation pupillaire, augmentation de la TA, hyperthermie, transpiration ;
- Douleurs thoraciques, arythmie, dyskinésies, crises convulsives...
- Perturbations des perceptions sans altération de la réalité ;

Les complications peuvent être d'ordre :

SOMATIQUE :

- Cardio-vasculaires : douleurs thoraciques, infarctus du myocarde et troubles du rythme (parfois à l'origine de mort subite), insuffisance cardiaque sur atteinte chronique du myocarde (myocardite, ischémie), hypertension artérielle (parfois compliquée de dissection aortique), accélération du processus de vieillissement artériel (arthrosclérose) ;
- Neurologique : Accident vasculaire cérébral, crises convulsives (neurotoxicité/mélange alcool-cocaïne) ;
- Infectieuses, liées aux comportements à risque : infections virales, IST, endocardite ;
- Pulmonaires pour les fumeurs de cocaïne basée (crack) : pneumopathie, pneumothorax, crack lung ;
- ORL pour les personnes qui sniffent la cocaïne : perforation, infection, lésion de la cloison nasale ;
- Obstétricales et périnatales : gravité particulière en cas de consommation pendant la grossesse : fausses-couches, retard de croissance intra-utérin (RCIU), prématurité, HTA gravidique, éclampsie, rupture prématurée des membranes, hématome rétro-placentaire (avec risque de mort foetale in utero) ;
- Les surdoses à la cocaïne avec risque mortel par atteinte cardiovasculaire (infarctus) ou cérébrovasculaire (AVC).

PSYCHIATRIQUE :

- Attaques de panique ;
- Troubles du comportement : agitation, agressivité, violences
- Épisode psychotique aigu ;
- Trouble délirant persécutif, paranoïa ;
- Troubles cognitifs : mémoire, attention, concentration, prise de décision ;
- Dépression et tentatives de suicide en phase de descente ;
- Troubles du comportement, agressivité, violence ;
- Perte de contrôle, addiction.

SOCIAL :

- Isolement lié à la perte des liens amicaux et familiaux du fait de l'addiction et des fréquents troubles du comportement agressifs ;
- Difficultés financières liées au besoin d'acheter de la cocaïne régulièrement ;
- Problèmes légaux liés à l'illégalité et au coût des consommations de cocaïne.



VIDÉO
sur les fondamentaux
de la cocaïne.

■ Une hausse des consommations qui pose donc question

Pour une prévention spécifique de la cocaïne, il est essentiel de prendre en compte les caractéristiques du produit ainsi que les motivations qui conduisent à sa consommation. La consommation de cocaïne peut aboutir à des complications aiguës et de long terme. Mais ceux qui la consomment y voient d'abord des avantages, à trouver du côté des effets recherchés de la cocaïne et des fonctions qu'ils lui attribuent.

Les personnes qui consomment de la cocaïne parlent d'euphorie, de surplus d'énergie, de sentiment de « puissance », de surplus d'assurance, d'absence de fatigue, de vigilance accrue, et de libido exacerbée. Les usagers y trouvent donc un *“booster”*, un dopant qui au départ peut contribuer à un meilleur niveau de performance, à la différence des usages de la plupart des autres substances psychoactives. C'est un élément qui a amené usagers et professionnels à sous-estimer les risques spécifiques liés à la cocaïne et tout particulièrement le risque addictif.

C'est ainsi qu'en 1980 encore, l'existence de la dépendance à la cocaïne n'était pas reconnue dans le DSM III (APA) et le *“Comprehensive Textbook of Psychiatry”* (3^{ème} édition) assurait que l'abus chronique de cocaïne n'était pas un problème médical, il n'était qu'à l'origine de troubles psychologiques mineurs. Il fallut attendre 1987 avec la Révision du DSM III (DSM III-R) pour que devant l'explosion des usages problématiques de cocaïne aux États-Unis, la dépendance à la cocaïne fasse son apparition. Un autre élément à prendre en compte pour comprendre cette difficulté de repérage aussi bien par les professionnels que par les usagers est bien sûr l'absence de symptômes périphériques de sevrage avec la cocaïne, symptômes qui jusqu'alors étaient cruciaux pour le diagnostic de dépendance sur le modèle de l'alcool ou des opioïdes. Il faudra attendre le DSM IV et le DSM V pour que ces symptômes physiologiques de dépendance (tolérance et syndrome physique de sevrage) soient reconnus comme ni nécessaires ni suffisants au diagnostic de trouble de l'usage, d'addiction, la clef du diagnostic étant plutôt du côté du *“craving”* et de la perte de contrôle qui, là, étaient bien évidents avec certains usages de cocaïne.

Par ailleurs, comme toujours dans le domaine des addictions, certaines personnes trouveront dans la cocaïne non seulement un moyen d'intensifier l'énergie ou la fête mais aussi un moyen d'oublier ou de se détacher d'un quotidien difficile ou douloureux. Elles peuvent chercher dans la cocaïne un rôle de régulateur des états émotionnels. À leurs yeux, elle semble répondre dans un premier temps à des impératifs de survie dans le monde difficile et violent de la rue pour des usagers marginaux ou à l'impératif d'adaptation à une société exigeante, qui valorise la performance, la vitesse et le dépassement de soi. À la lumière des effets recherchés, la hausse et la diversification des consommations de cocaïne se comprend alors mieux. La cocaïne n'occupe pas que l'espace de la fête, elle s'aligne sur les exigences ou les contraintes d'une société parfois violente et souvent

poussant à la performance, dans laquelle certains cherchent des moyens de tenir le rythme, y compris de manière temporaire et illusoire via la consommation de drogues.

La cocaïne qui « aide à tenir » est une formule récurrente des personnes accompagnées en CSAPA. Cette consommation apparaît souvent avec l'objectif de tenir dans des situations difficiles de vie, de travail, pour « assurer », voire, plus banalement, pour tenir dans la fête. La cocaïne est donc présente dans des conditions particulièrement difficiles que sont le travail du sexe et le sans-abrisme par exemple. Mais elle est là aussi dans des contextes plus communs ; des usagers décrivent un produit qui permet de maintenir le bon rythme d'un travail exigeant ou peu valorisant.

Toujours dans le contexte du travail, la cocaïne est souvent utilisée comme un moyen d'optimiser les capacités physiques et mentales pendant des heures, quelles que soient les conditions extérieures de travail ou de vie (consommations dans la restauration et les métiers de la nuit, sur les chantiers, dans les hôpitaux, sur les bateaux de pêche, enchaîner vie professionnelle diurne et vie festive nocturne...).

Hors du travail, la cocaïne est également utilisée afin de favoriser la performance sociale et sexuelle. Elle va aider à se sentir brillant, séduisant, débordant de confiance en soi. La cocaïne peut ainsi être utilisée pour éviter la panne sexuelle (pas exclusivement par les très jeunes hommes ni les très insérés), pour tenir le rythme de la fête plus longtemps, ou simplement pour se désinhiber.

Enfin, la consommation de cocaïne peut avoir pour objectif de faire face à un mal-être lié à une dégradation de la santé mentale ou à des psychotraumatismes. Elle est aussi utilisée dans une logique d'automédication dans le cadre d'un TDAH, de troubles du comportement alimentaire ou pour compenser les effets dépressifs d'autres produits festifs ou médicaux.

Donc une grande diversité de motifs et de modes de consommation avec généralement des débuts de prises épisodiques, en contexte, puis chez certaines personnes un rapprochement et une intensification des consommations avec une incapacité à s'abstenir de consommer tant que le produit est présent mais la possibilité durablement conservée de s'abstenir quand le produit n'est pas disponible. Ce caractère séquentiel de cette dépendance contribue souvent à son non-repérage initial : « Je ne suis pas accro, je n'en prends pas dans la semaine... »

Il est donc à noter que les risques de transition de l'usage vers l'addiction sont largement surdéterminés par le niveau de stress chronique sous-jacent, qu'il soit lié à des antécédents personnels traumatiques, à des stigmatisations ou discriminations ou à l'adversité sociale, à des conditions de vie tendues, difficiles. La réduction du stress sous-jacent et de ses facteurs causaux est donc un élément central des soins.

État des solutions : des stratégies de prévention existent

Face au développement des usages et des troubles de l'usage de cocaïne dans notre pays, il apparaît désormais utile et nécessaire de compléter les actions de prévention universelle des addictions, d'actions ciblées sur les usages de cocaïne et les populations et contextes les plus concernés.

Pour autant, **il est important de rappeler que les actions de prévention les plus efficaces restent celles conduites en amont des premiers usages éventuels. Elles sont donc non-spécifiques de tel ou tel produit ou de tel ou tel trouble du comportement mais visent à renforcer l'autonomie des jeunes en soutenant leurs capacités à gérer leurs émotions et les pressions de groupe.**

■ Face aux risques de consommation de substances chez les jeunes et particulièrement chez les jeunes vulnérables : le renforcement des compétences psychosociales (CPS)

Un objectif central de la prévention auprès des jeunes est d'éviter les consommations, ou tout au moins de retarder le plus possible l'âge des éventuelles expérimentations. En effet, le cerveau des adolescents est encore immature et en plein développement et remaniement. Il est donc particulièrement vulnérable à l'influence des produits et d'autres stimuli comme le stress. D'autre part, la maturation des différentes zones cérébrales ne se fait pas de manière synchrone. Les zones les plus anciennes du point de vue de l'évolution ont une maturation précoce. Les circuits limbiques (émotion,

circuits de la récompense...) qui favorisent la découverte, la recherche de satisfaction immédiate et la prise de risques (dont l'expérimentation de drogues...) arrivent à maturité vers 15 ans. Alors que les zones cérébrales les plus récentes ont une maturation progressive et différée jusqu'à 25 ans, comme le cortex préfrontal qui permet un contrôle inhibiteur sur l'impulsivité, favorisant les processus réfléchis de prise de décision et de récompense différée. Il y a donc un décalage d'une dizaine d'années pendant lequel le jeune est plus impulsif, a plus de difficultés à se contrôler, à s'autoréguler. Il est donc plus à risque d'essayer des produits qui, en retour auront plus d'impact chez lui du fait de son immaturité cérébrale avec un risque accru de développer une réelle addiction et/ou des troubles psychiques).

C'est pourquoi il y a un réel enjeu à prévenir (ou au moins à différer) l'expérimentation de substances psychoactives chez les jeunes. **Le développement de facteurs de protection visant à prévenir les problèmes de santé mentale, les comportements à risque tels que les addictions, ainsi que la violence est donc un objectif crucial.** Dans cette perspective, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) met en avant le concept du développement des compétences psychosociales (CPS). « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. » (OMS)

Ces compétences, tant sur le plan cognitif, émotionnel que relationnel, permettent donc d'interagir efficacement avec les autres et de s'adapter positivement aux défis de la vie quotidienne. C'est notamment à l'école,

dès le plus jeune âge, que ces compétences peuvent être développées.

Les compétences psychosociales sont essentielles pour le développement personnel et social. Elles sont recommandées pour la prévention, l'éducation à la santé et la promotion de la santé. Il est préconisé de mettre en œuvre des actions et des programmes qui s'adaptent tout au long du parcours scolaire et qui impliquent les professionnels en contact avec les élèves (enseignants, infirmiers, CPE, coordonnateurs REP/REP+, directeurs, surveillants, etc.).

Parmi les programmes de prévention destinés aux jeunes, certains destinés au développement des compétences psychosociales à l'école ont pu démontrer leur caractère probant. Ils peuvent être mis en œuvre dès la maternelle (le programme *"Tina et Toni"*), puis au primaire (le programme *"Good Behaviour Game"*, GBG) et au collège (*"Unplugged"* ou Primavera), ainsi qu'auprès des familles (PSFP). Ces programmes ne sont bien sûr pas spécifiques à la cocaïne, mais l'intègrent dans une approche globale de la prévention des addictions et des troubles des conduites.

Ces programmes sont mis en œuvre par les consultations jeunes consommateurs (CJC) au niveau local. Pour mettre en place le programme *"Unplugged"* dans un secteur, la Fédération Addiction peut être un appui et intervenir en soutien. Les collèges peuvent également se rapprocher de leur rectorat pour savoir si ce programme est mis en place dans leur académie. Il a fait l'objet d'une évaluation positive (essai contrôlé randomisé) réalisée par Santé publique France.

Le développement des compétences psychosociales concerne tous les acteurs en contact avec les jeunes et ne peut pas se limiter au contexte scolaire. En effet, les acteurs de la prévention spécialisée et plus largement ceux de l'éducation populaire peuvent jouer un rôle important dans la prévention de la consommation et des comportements à risque en général.

■ Une attention particulière doit être prêtée à certains jeunes

Si pour les raisons évoquées précédemment l'adolescence est une période particulière de vulnérabilité, certains jeunes sont encore plus vulnérables que d'autres et nécessitent une attention particulière. Cette vulnérabilité accrue repose notamment sur leur niveau d'impulsivité (tempérament mais aussi parfois troubles neurodéveloppementaux comme le TDA/H...) et leurs antécédents de stress pendant l'enfance (adversité sociale, négligence, abus, maltraitance...)

Là encore, cette notion est générale à nombre de troubles des conduites et d'addictions mais elle est particulièrement nette dans le domaine de la cocaïne. C'est ainsi qu'une méta-analyse récente suggérait qu'environ un patient adulte sur quatre avec TDA/H est un usager de cocaïne et un patient TDA/H sur 10 aurait un trouble de l'usage de cocaïne (Oliva *et al.* J Psychiatr Res 2021). Il a pu être également établi que le stress joue un rôle majeur dans l'addiction à la cocaïne tout particulièrement chez les femmes (Potenza *et al.* Am J Psychiatry 2012).

Certains jeunes sont spécifiquement vulnérables, notamment ceux étudiant en lycées professionnels, les jeunes éloignés de l'emploi ou encore ceux accompagnés par l'aide sociale à l'enfance ou par la protection judiciaire de la jeunesse. Au-delà des programmes probants généralistes, il est nécessaire de penser des actions pour ces publics spécifiques dans une perspective de réduction des inégalités de santé.

■ Face à la méconnaissance des conséquences : informer sur les risques

La consommation de cocaïne présente des risques nombreux et divers, psychiques, physiques (pouvant aller jusqu'à la mort), sociaux et bien sûr celui de développer une addiction

sévère avec toutes ses conséquences dommageables. Pour tenter de prévenir ces risques, il est bien sûr nécessaire d'en informer les personnes, déjà usagères ou non. Pour être utile, cette information doit être précise, réaliste, non-stigmatisante et elle doit prendre en compte la réalité des publics cibles. Chez les jeunes, la cocaïne est la troisième drogue illicite la plus expérimentée à 17 ans après le cannabis et la MDMA/ecstasy : 1,4% pour la cocaïne et 0,4% pour la cocaïne basée (OFDT, Enquête ESCAPAD 2022) : 1,4% pour la cocaïne et 0,4% pour la cocaïne basée. Il n'est donc pas nécessaire de faire des programmes spécifiques mais bien d'intégrer une information cocaïne dans les actions générales de prévention des conduites addictives destinées aux jeunes (tabac, alcool, cannabis, écrans...) par exemple en milieu scolaire.

Pour des jeunes plus "avertis", tentés par des usages ou les débutants, il est important de proposer des messages accessibles (réseaux, plateformes...) attirant leur attention sur les risques encourus mais toujours en veillant à ne pas céder à des logiques de stigmatisation des usagers. Une telle approche présenterait un double risque : ne pas être audible par identification aux jeunes usagers ainsi "dénoncés" et décourager de parler de ses consommations ou de demander de l'aide par crainte d'être jugé.

L'information sur les risques est une des bases de la prévention mais il est bien établi qu'elle est loin d'être suffisante, tout particulièrement dans des tranches d'âge où sont bien présentes l'impulsivité, la recherche de nouveauté, voire de risques, et la contestation de l'autorité. Longtemps, la prévention s'est justement limitée à la peur du risque et à la volonté sociale d'empêcher l'entrée dans les consommations. Une image très dégradée des consommateurs était présentée en guise d'avertissement et de repoussoir. L'efficacité d'une approche centrée sur la peur et une image dégradée des consommateurs n'a jamais pu être établie en matière de prévention. **Il est donc souhaitable que la prévention intègre le point de vue des usagers et inclue la connaissance des rôles que peut jouer la cocaïne pour celles et ceux qui sont attirées par sa consommation.** Comme indiqué

plus haut, la consommation de cocaïne peut apparaître à certains comme une réponse (certes maladaptative...) aux difficultés de vie ou aux contraintes de notre société. Souvent découverte dans des contextes festifs dans une ambiance collective joyeuse, elle va être associée à cette représentation positive, d'autant que les complications ne sont pas toujours immédiates, et que le discours de ses "amateurs" peut la faire apparaître comme un produit aux bénéfices importants, aux risques et aux coûts faibles.

C'est pourquoi, sur la base de l'expérience des usagers qui n'en consomment plus, des équipes de terrain, des travaux de recherche en santé publique et des acteurs publics, il convient de développer et de mieux faire connaître les sources d'information accessibles, validées et réalistes comme Drogues Info Service, Drogues.gouv.fr, maad-digital.fr, etc. Mais il pourrait être intéressant de rendre ces informations plus accessibles aux jeunes avec des dispositifs plus agiles, "friendly" et moins institutionnels comme <https://www.talktofrank.com/> (UK). Il serait aussi possible d'utiliser les réseaux sociaux utilisés par les jeunes comme lors de la campagne cannabis de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/l-info-accessible-a-tous/cannabis>

La prévention peut aussi passer par des campagnes grand public. Ces campagnes ne doivent pas être des outils de stigmatisation des usagers. Dans un contexte de banalisation croissante des consommations, et d'une accessibilité inédite de la cocaïne, une prévention construite sur l'interdit et la morale risquerait de se solder par un échec auprès précisément des publics-cibles.

Tout en informant, la campagne de prévention doit être un outil de destigmatisation, et ouvrir pour ceux qui consomment déjà, la voie à la recherche de soins, ou au moins à des comportements moins risqués. À ce titre, la récente campagne de Santé Publique France sur l'alcool à destination des jeunes, intitulée « C'est la base » est un exemple intéressant. En s'appuyant sur un univers réaliste et la prévention par les pairs, et en écartant tout message moralisateur,

elle permet de toucher un jeune public déjà consommateur mais éloigné des dispositifs de prévention ou de soins.

Cette posture non-stigmatisante, ancrée dans la réalité des publics de prévention s'applique aussi bien à des campagnes de prévention grand public qu'au message que peut proposer un professionnel de santé auprès de ses patients, ou une communauté envers ses membres.

Sur la cocaïne spécifiquement, il est possible de citer la campagne « Information et prévention sur les risques liés à la cocaïne » de la MILDECA, construite autour d'une série de quatre vidéos sur les risques associés à la consommation de cocaïne.

Il nous semble que dans le contexte actuel, ce type d'interventions ciblées devrait être promu et développé.

■ Face au risque de passage de l'expérimentation à l'addiction : le repérage, et l'intervention précoce

Pour prévenir le passage à l'addiction, il est essentiel de repérer les consommations à un stade précoce et d'intervenir rapidement. Le repérage précoce des comportements à risque peut se faire dans divers contextes, tels que l'école, les lieux de travail ou les services de santé, notamment les services d'urgence en ce qui concerne la cocaïne (cardiologie, neurologie, psychiatrie...). Une fois les consommations repérées, une intervention précoce peut être mise en place. Elle implique une évaluation, un soutien psychosocial, des conseils et éventuellement une orientation vers des services spécialisés.

Dans le cadre du repérage, les professionnels disposent de l'outil du repérage précoce et intervention brève (RPIB). **Les principes du RPIB sont essentiels pour prévenir, repérer et accompagner les addictions et accom-**

pagner les personnes. Ils sont les suivant :

- Évaluation du risque via plusieurs questions sur la fréquence et la nature des consommations une fois la consommation déclarée ;
- Information sur les risques ;
- Identification des attentes de la personne ;
- Explication des méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation si la personne en a l'intérêt ;
- Information sur les techniques de réduction des risques (ne pas associer cocaïne et alcool ou éviter la voie fumée, par exemple)
- Proposition des objectifs en laissant le choix à la personne.

Le professionnel peut aussi orienter la personne vers des ressources pertinentes (site, forum, association, pairs...). Enfin, le professionnel poursuit son accompagnement de la personne de manière durable afin de favoriser des résultats sur le long terme.

Plus globalement, et parce que la consommation de cocaïne est aussi liée à l'environnement dans laquelle une personne évolue et à ses conditions de vie, la prévention passe par la création d'un environnement favorable. C'est l'objet de la démarche d'intervention précoce.

Elle passe par un repérage des potentielles situations de vulnérabilité et une appréciation globale de la situation lorsque des signes de vulnérabilité sont repérés (mise en évidence des facteurs de protection et de risque). Enfin, si nécessaire, un soutien spécialisé peut être mis en place avec la personne concernée.³

Si une prise en charge précoce avec un professionnel de santé peut endiguer à temps une consommation problématique, elle n'est possible que si les consommations sont repérées précocement. Il est donc nécessaire que les professionnels et les acteurs de terrain susceptibles d'établir une relation de confiance avec les jeunes à risques de la consommation de cocaïne se forment. Cette

3. Voir le guide «L'intervention précoce en pratique, illustrations concrètes d'une stratégie efficace», Fédération Addiction, 2019..

formation ne doit pas se limiter aux caractéristiques générales de la consommation de cocaïne, mais doivent prendre en compte les contextes locaux du lieu d'intervention.

Une bonne relation avec les jeunes permettra de poser les questions de manière qu'ils ne se sentent pas persécutés ou menacés. Cela facilitera une orientation appropriée. Il est très fréquent que les jeunes ne veuillent pas parler directement de leur consommation, par peur d'être punis, exclus ou parce qu'ils ont honte. Le sujet de la consommation de cocaïne est délicat et sérieux. Il convient de le traiter comme tel.

Le rôle de l'intervenant est illustré par la vidéo « L'infirmier scolaire, partenaire clé de la consultation jeunes consommateurs », disponible sur le site intervenir-addictions.fr ou via ce QR code :



Dans certains cas, les professionnels qui repèrent les problèmes ne sont pas ceux auxquels les jeunes se confieront. Un travail pluridisciplinaire est donc nécessaire. Peuvent y prendre part des psychologues, des infirmiers scolaires, et d'autres professionnels. Lorsque la problématique de la consommation de cocaïne est repérée, une orientation appropriée, telle qu'en CJC, peut être mise en place en fonction des besoins spécifiques du lieu et des structures existantes. Les orientations qui fonctionnent impliquent souvent un contact préalable et l'établissement d'une relation de confiance mutuelle entre les professionnels de la CJC et ceux de la structure orienteuse.

Qui peut intervenir ?

Différents acteurs peuvent contribuer à la prévention de la consommation de cocaïne. L'école et l'entourage jouent un rôle crucial en fournissant une éducation sur les risques liés à la consommation de drogues et en promouvant des comportements sains chez les jeunes. Les médecins, en particulier les médecins généralistes, sont bien placés pour repérer les signes de consommation de cocaïne chez leurs patients et leur fournir un soutien approprié.

■ Le rôle de l'entourage : participer à un environnement favorable

La prévention passe par la constitution d'un environnement favorable, et tous les membres de la communauté de la personne à risque de consommation ou d'addiction sont des acteurs de cet environnement.

Au premier rang des acteurs concernés se trouve l'entourage. Le lien avec l'entourage joue un rôle central dans la prévention des addictions, en particulier auprès des publics les plus jeunes⁴. Le milieu familial peut jouer un rôle pour prévenir les comportements addictifs et les professionnels peuvent accompagner ce rôle à plusieurs niveaux. Ils peuvent travailler au renforcement des liens familiaux et des compétences parentales. Cela concerne la gestion des conflits, la définition d'un cadre ou dans la capacité d'accompagnement du développement des compétences psychosociales de l'enfant. Un travail doit aussi avoir lieu sur les attitudes des familles à l'égard des consommations en renforçant leurs connaissances concernant les addictions et leur prévention. Les professionnels peuvent sensibiliser les parents à l'approche de réduction des risques, ainsi que de déconstruire leurs représentations sur les consommations. Ce travail doit

4. Pour plus d'informations, voir le guide « Addictions, famille et entourage », Fédération Addiction, 2013.

permettre aux parents de dépasser une vision des drogues uniquement sous l'angle de la loi et des risques, en appréhendant cette question sous l'angle de la santé globale et du mieux-être dans la famille.

Pour les familles, les CSAPA et les CAARUD peuvent porter des espaces d'accueil, d'écoute et de prise en charge pour proposer une aide au dénouement de situations déjà dégradées, une médiation et des temps de rencontres et d'échanges avec d'autres parents. Ces espaces peuvent aussi prendre la forme de permanences chez des partenaires qui travaillent avec l'entourage et la famille des jeunes.

■ Le rôle du médecin généraliste : engager le dialogue et le suivi

Les médecins généralistes occupent une position privilégiée pour repérer et orienter les personnes à risque de développer une consommation problématique. Ils bénéficient également de la confiance de leurs patients, ce qui leur permet d'aborder ces sujets en toute sécurité. Ils sont des pivots de la prise en charge au long cours, en dehors de situations trop complexes. La grande majorité des patients insérés socialement et dépendants de la cocaïne solliciteront leur médecin généraliste en première intention.

Les témoignages de Xavier Aknine et Françoise Etchebar, médecins généralistes engagés dans la prévention auprès de personnes qui consomment de la cocaïne, explicitent le rôle du médecin généraliste.



Dans certaines situations, les médecins du travail peuvent être mobilisés. Ces professionnels sont aujourd'hui sensibilisés aux problématiques liées aux addictions. Ils doivent être en mesure de poser les bonnes questions pour repérer et orienter les personnes concernées⁵. Dans d'autres situations la consommation de cocaïne peut être en partie liée aux habitudes du groupe de travail. Que ce soit en consommant de la cocaïne lors de sorties après le travail ou en la reliant directement à la performance et aux exigences du travail lui-même. Dans ces situations, une intervention plus conséquente en milieu professionnel est nécessaire.

■ Le rôle des équipes de liaison : favoriser le suivi

Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) sont essentielles pour faire le lien avec une prise en charge addictologique quand le trouble de l'usage a été repéré à l'hôpital lors d'un passage aux urgences notamment (cardiologie, neurologie, psychiatrie, traumatologie suite à des violences ou à un accident de la circulation, etc.). C'est un moment-clé pour soutenir une prise de conscience et proposer un accompagnement adapté.

■ Le rôle des CJC : être une ressource pour tous les acteurs

Les consultations jeunes consommateurs sont des structures spécialisées dans l'accueil, l'information et l'orientation des jeunes consommateurs de drogues. Elles offrent un soutien psychosocial, des conseils personnalisés et des interventions précoces pour aider les jeunes à faire face à leurs problèmes de consommation de drogues. Les CJC jouent un rôle crucial dans le paysage de la prévention des addictions en fournissant un accès facile à des services spécialisés. Elles travaillent en étroite collaboration avec d'autres acteurs de la santé et du bien-être.

5. Différentes vidéos destinées aux professionnels de la santé au travail sont disponibles sur le site www.intervenir-addictions.fr.

À chaque étape, et pour tous les acteurs, les CJC sont donc une ressource à mobiliser. Que ce soit pour les jeunes eux-mêmes, leur famille, les médecins généralistes et les écoles, les CJC peuvent participer à mettre place des stratégies de prévention adaptées à chaque étape de la vie de la personne concernée. Disposant d'un maillage important sur le territoire, les professionnels en contact avec des personnes à risques de consommer ou de développer une addiction à la cocaïne ne doivent pas hésiter à les contacter.

Les perspectives d'action

Les usages de cocaïne et leurs dommages (dont les troubles de l'usage) sont en rapide extension dans notre pays. Il est donc urgent et nécessaire de réagir en complétant les actions générales de promotion de la santé mentale et de prévention des addictions, d'actions plus ciblées sur les publics et les contextes de vulnérabilité à la cocaïne. C'est un réel défi auquel la Fédération Addiction vous propose de vous associer en nous faisant part de toutes vos propositions et initiatives.

La Fédération Addiction souhaite remercier les membres du groupe de travail pour leurs contributions à la réflexion sur ce document :

- Xavier Aknine, médecin généraliste référent du pôle MG Addiction de la Fédération Addiction
- Fabienne Bailly, chargée de prévention au CMSEA
- Fred Bladou, chargé de mission à Aides
- Corinne Defrance, coordinatrice de programmes chez Oppelia
- Françoise Etchebar, médecin généraliste, co-référente du pôle MG Addiction
- Valentine Garret, infirmière au CSAPA Baumettes
- Jessica Gatien Louette, infirmière au CSAPA Baumettes
- Gladys Lutz, administratrice de la Fédération Addiction
- Gaëlle Merlet, chargée de projets à la FAGE
- Omblin Pimond, présidente de Techno +
- Capucine Weinling, psychologue à Alt Oppelia

Merci également à Jean-Michel Delile, président de la Fédération Addiction, pour sa relecture, à Véronique Garguil, secrétaire générale de la Fédération Addiction et aux membres du comité de pilotage du projet AIPAUC.



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

