

des réflexions,
des pratiques autour
du champ des drogues
légalles et illégales

d é p e n d a n c e s

**Faut-il avoir
peur de la cocaïne?**

d é p e n d a n c e s

décembre 02 / no 18

3

Editorial

Gérald Progin

4

Histoire, production et trafic de la cocaïne

Olivier Guéniat et Pierre Esseiva

14

Neurobiologie des effets de la cocaïne

Anne-Françoise Chevalley

18

La cocaïne: mise à l'épreuve du dispositif d'aide d'une petite ville

Christian Moeckli

22

Le traitement de la cocaïnomanie: l'exemple de la Fondation Phénix

Jean-Jacques Déglon

27

La dépendance de la cocaïne chez des personnes insérées socialement

Cédric d'Epagnier; Michel Zwahlen; Eva Sekera

30

Et si la gestion de la consommation de drogues dures était possible?

Marc-Henry Soulet

35

Livres

36

Cours, séminaires

Impressum

Adresse des éditeurs:

Institut suisse de prévention de
l'alcoolisme et autres toxicoma-
nies, ISPA,
Ruchonnet 14,
case postale 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études sur
l'alcoolisme et les toxicomanies,
GREAT, Pêcheurs 8, case postale 638,
1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction:

Rédacteurs:
Michel Graf, ISPA
Gérald Progin, GREAT

Comité de rédaction:

Pierre-Yves Aubert
éducateur, Genève
Étienne Maffli
psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
socio-anthropologue, Genève
Louis-Pierre Roy
enseignant EESP, Lausanne

Administration et abonnements:

ISPA, case postale 870,
1001 Lausanne, tél. 021/321 29 85,
fax 021/321 29 40

Parution: 3 fois par an

Abonnement:

Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent que
leur auteur

Les titres et sous-titres sont de la
rédaction

La reproduction des textes est
autorisée sous réserve de la men-
tion de leur provenance et de l'en-
voi d'un justificatif à la rédaction

Graphisme:

Christine Matthey, Lausanne

*Gérald Progin
Co-rédacteur
Secrétaire général du GREAT*

Cocaïne. Un nouvel ancien produit qui réapparaît plus ou moins régulièrement.

L'usage de ce psychotrope préoccupe les acteurs de terrain pour différentes raisons que nous avons essayé de cerner dans ce numéro. Parce qu'elles ne sont pas si évidentes qu'il n'y paraît. En effet, lorsque nous interpellons les professionnels, nous avons constaté que peu de structures, notamment dans le secteur ambulatoire, bénéficient d'une procédure spécifique pour les usagers de ce produit. Du côté de certains médecins, c'est le manque de «médicament» qui limite l'action. En termes de réduction des risques, les difficultés liées aux usagers de ce produit sont abordées mais cette approche n'a pas, pour l'instant, donné de réponses appropriées à l'usage de la cocaïne. Nous avons poursuivi notre questionnement en essayant de trouver les «fameux» consommateurs-trices des milieux financiers, étudiants, médicaux, etc. qui useraient de ce produit de manière récréative. Comme ces personnes n'ont pas de contact avec les réseaux classiques de soins, nous avons aussi été limités. Nous nous sommes demandés si, finalement, la cocaïne n'était pas qu'un problème de marché: lorsque ce produit arrive sur le marché à bas prix, il est consommé et lorsqu'il en disparaît, le problème disparaît avec lui.

Et, étonnamment, avec toutes ces difficultés, nous vous proposons un numéro qui, sans prétention, nous paraît faire le tour de la question aujourd'hui. Nous abordons le commerce de la cocaïne et ses diverses facettes en constatant que les aspects économique-politiques ont, une fois de plus, une influence déterminante sur la consommation de produits psychotropes. Nous apprendrons quels sont les effets neurobiologiques de la cocaïne. Nous ferons le tour des différentes actions menées à Bienne autour de la consommation de ce produit. Nous aurons un inventaire assez complet des moyens de traitements à disposition. Nous prendrons connaissance de témoignages de quelques-unes de ces personnes qui, durant un certain temps, ont usé de la cocaïne de manière récréative et qui ont «glissé». Et nous finirons par une réflexion sociologique sur la question de la gestion des drogues dites dures. De quoi nourrir la réflexion.

Histoire, production et trafic de la cocaïne¹

Olivier Guéniat, Chef de la police de sûreté du canton de Neuchâtel; Pierre Esseiva, maître-assistant à l'Institut de Police Scientifique et de Criminologie de l'Université de Lausanne, inspecteur scientifique à la police cantonale neuchâteloise

(résumé) La culture et la consommation de la coca ne datent pas d'aujourd'hui: on en parlait déjà 3000 ans avant Jésus-Christ. Et il est fort intéressant de savoir que les Espagnols, lorsqu'ils occupaient l'Amérique latine, ont encouragé la culture de cette plante - l'impôt prélevé sur la production rapportait gros à la Couronne espagnole. Plus tard, après de multiples aventures, ce sont les usagers, le type de commerce et le genre de commerçants qui changent. Dans tous les cas, pour parler de ce produit, on ne peut faire l'impasse sur ces éléments, même en tant qu'intervenant...

Définitions

La cocaïne est un alcaloïde présent naturellement dans les feuilles de la plante *Erythroxylum coca*.

L'alcaloïde est une substance azotée d'origine végétale dont la molécule comporte au moins un atome d'azote salifiable.

L'*Erythroxylum coca*, ou cocaïer, classifiée botaniquement comme un arbuste, peut être cultivée sous différents climats et sur des sols variés. Son niveau de culture primaire est toutefois situé dans la forêt tropicale montagneuse le long des pentes Est des Andes, principalement entre 500 et 1'500 mètres d'altitude. Il existe plus de 200 espèces distinctes d'*Erythroxylum* parmi lesquelles seules deux, l'*Erythroxylum coca* et l'*Erythroxylum novogranatense*, contiennent une quantité significative de cocaïne. En Amérique latine sont cultivées avant tout les variétés suivantes: *Erythroxylum coca* var. *coca*, *Erythroxylum coca* var. *ipadu*, *Erythroxylum novogranatense* var. *novogranatense* et *Erythroxylum novogranatense* var. *truxillense*. La culture de la coca est répartie, en 2001, du centre au nord de la cordillère des Andes, approximativement 60% en Colombie (<10% en 1995), 25% au Pérou (60% en 1995), 8% en Bolivie (30% en 1995) et le reste (à peu près dans l'ordre d'importance) en Equateur, Vénézuéla, Brésil, Argentine et Panama.

Depuis 5000 ans...

L'histoire de la cocaïne est moins dense et moins compliquée que celle de

l'opium, vraisemblablement du fait que l'Amérique latine est une région de moindre importance stratégique, pour l'Europe en particulier, que ne l'ont été l'Asie et l'Orient. Mais c'est certainement aussi parce cette région reste l'une des seules où la coca pousse naturellement.

Les découvertes archéologiques montrent que les feuilles de la plante étaient déjà consommées 3'000 ans av. J.-C. Les traces les plus significatives de l'usage des feuilles ont été découvertes sur les sites de Valvidia en Equateur et Huaca Prieta au Pérou. Elles ont été datées respectivement de 2'100 et 2'500-1'500 ans av. J.-C. L'archéologie est cependant tributaire des conditions climatiques, particulièrement lorsqu'elle concerne la conservation du matériel végétal. Les climats très différents selon les régions d'Amérique du Sud ont donc une incidence directe sur les indices retrouvés et leur interprétation.

Ce sont les dynasties Incas qui, les premières, ont révélé tout le potentiel contenu dans la feuille de coca et qui ont contribué à ancrer sa culture jusqu'à la rendre indissociable des hauts-plateaux sud-américains. Elles n'ont pas non plus tardé à hausser les fameuses feuilles au rang d'argument politique et économique. L'arbuste prend un essor géographique considérable au fur et à mesure du développement de l'Empire inca et de ses conquêtes. Sa culture s'étend, à l'époque de la dynastie Tahuantisuyu, du sud de la Colombie au nord de l'Argentine. Les Incas développent dans leur territoire, composé de régions d'altitudes très diverses, une économie de cul-

ture propre à chaque niveau géographique et d'échanges entre ceux-ci. Les cultures sont ainsi extrêmement variées et diversifiées. La culture des feuilles de coca y occupe une place importante et se voit attribuer une valeur supérieure, attendu qu'elle est réservée à l'élite de la hiérarchie sociale, nobiliaire et sacerdotale.

La colonisation des Espagnols va amplifier l'importance de la culture de la coca qui reste une pierre importante de l'édifice économique sud-américain. L'attitude de l'Eglise n'est pas étrangère à cela, dans la mesure où elle prélève un impôt sur le commerce de la coca, bien qu'elle la considère comme le «talisman du diable» des tribus autochtones.

En plus de l'argument économique que représente la coca, ses feuilles sont particulièrement efficaces pour faire oublier aux Indiens les fatigues du travail dans les mines et les conditions inhumaines dans les fermes des nouveaux propriétaires espagnols. Sous l'ère espagnole, la coca représente la production agricole la plus importante de toutes les Andes. Parallèlement, la consommation de feuilles de coca se perpétue chez les indigènes, que ce soit dans un contexte purement récréatif, médical ou rituel.

Dès 1573, l'impôt sur la production de coca rapporte gros à la Couronne espagnole, qui encourage l'extension de sa culture à de nouvelles terres vierges. Les Espagnols créent même des fermes agricoles spécialisées dans la coca, les *haciendas cocaleras*.

La fin du XVIII^e siècle est marquée par les rébellions indiennes. Elles interviennent entre 1779 et 1781 et sont dirigées en Bolivie par Julian Apas, dit Tupac Katari, et au Pérou par Gabriel Condorkaqui, dit Tupac Amaru. La coca joue dans ces conflits un rôle important, car les régions reconquises par les révolutionnaires privent la Couronne espagnole des revenus sur le commerce des feuilles de coca. Lorsque les Espagnols reprennent le contrôle de ces zones et mettent fin à l'insurrection, les propriétaires proposent de céder leur prochaine récolte aux troupes rebelles afin de financer la suite de la révolution, à la seule condition que les soldats se chargent de récolter les feuilles. La coca est placée au centre des négociations de la guerre, comme l'opium l'avait été dans les colonies britanniques.

Les guerres d'indépendance qui débutent en 1809 contribuent encore à asseoir et à consolider la place stratégique que la coca occupe au cœur de la guerre et dans

la période de l'après-guerre. L'indépendance une fois acquise, c'est l'économie des nouveaux pays qui devient esclave des revenus tirés du commerce des feuilles de coca.

L'usage de la coca se fait connaître dès le XIX^e siècle en Europe, grâce aux voyageurs et aux savants qui relatent les vertus de la plante. Parmi eux, il y a lieu de mentionner le naturaliste allemand Edouard Poeppig, qui voyage au Pérou et au Chili entre 1827 et 1831, le naturaliste suisse Von Tschudi, qui voyage au Pérou en 1831, tout comme le savant anglais Richard Spruce qui décrit l'usage de la coca dans tout le Brésil occidental. L'isolement de la cocaïne à partir de 1860 transforme l'engouement des Occidentaux jusqu'à ce que cette «plante magique» devienne une véritable toxicomanie.

En effet, comme ce fut le cas pour l'héroïne, c'est la chimie qui a bouleversé la consommation de la coca. Jusqu'à l'isolement de la substance première tirée de sa matrice végétale, la mastication des feuilles était la voie d'absorption la plus répandue de la coca. Lorsque le naturaliste Karl von Smerger revient d'un voyage accompli durant les années 1857-1859 avec les bagages pleins de feuilles de coca, il confie les feuilles aux chimistes allemands Albert Nieman et Wilhelm Lossen. Le temps de la mastication est révolu à jamais en Occident. Les alcaloïdes sont isolés par Nieman en 1859 et la chimie du chlorhydrate de cocaïne est décrite par Lossen en 1862. Cette dernière passe ensuite dans les mains des pharmaciens, puis est diffusée dans les foyers européens, reconnue comme un élixir miraculeux, guérisseur de tous les maux.

En 1863, le pharmacien corse Angelo Mariani fabrique le fameux vin contenant une dose de cocaïne comprise entre 35 et 70 mg par verre. Au vu du succès de son vin, Mariani commercialise un élixir contenant trois fois plus de cocaïne que d'alcool, puis des pastilles, et enfin le thé Mariani, à base de feuilles de coca. Le succès remporté par ces produits est impressionnant. Dans le livre d'or d'Angelo Mariani figurent les plus grandes célébrités, parmi lesquelles le pape Pie X, Emile Zola, Sarah Bernard ou Anatole France.

La naissance du Coca-Cola s'effectue de la même façon. Le renom des produits Mariani ayant traversé l'Atlantique, un chimiste américain, John Styh Pemberton, crée un mélange composé de caféine, de cocaïne, d'un extrait de noix

de cola, d'eau et de gaz carbonique. Il n'imagine pas avoir inventé ce qui deviendra la boisson commerciale la plus connue du XX^e siècle et qui contribuera à socialiser et mondialiser la cocaïne. Aujourd'hui encore, la multinationale Coca-Cola utilise des feuilles de coca pour constituer le fameux breuvage, mais après les avoir décocaïnisées, la cocaïne extraite servant à l'industrie pharmaceutique en tant qu'anesthésique local. Dans les années 1880, les travaux de von Anrep et de Karl Koller permettent de découvrir le potentiel anesthésique de la cocaïne. A la même époque, Freud fait l'apologie de la cocaïne en lui attribuant la faculté de libérer la conscience, avant de reconnaître plus tard les inconvénients de la substance.

...Jusqu'à nos jours

Dès 1885, les scientifiques considèrent la cocaïne comme une drogue d'abus dont la dangerosité est forte, notamment lorsque le produit est injecté ou inhalé. Mais la cocaïne reste malgré tout en vente dans les pharmacies d'Europe et d'Amérique durant plus de 20 ans. Dès 1910, la cocaïne quitte le cercle restreint des consommateurs fortunés et gagne, à Paris, les milieux de la prostitution et de la jeunesse. Elle se trouve dans les salons des Champs-Élysées ou de la Porte Maillot où l'on se rencontre pour priser «la neige» ou la «coco». Les surréalistes s'en emparent également et la hissent au rang de muse, tel Robert Desnos qui publie, en 1919, une Ode à la Coco. Durant l'année 1920, la police française saisit 65 kg de cocaïne et, en 1924, Paris compte plus de 80'000 cocaïnomanes. A la veille de la Seconde Guerre mondiale, la cocaïne est associée par les médias français à un «fléau germanique», puis sa consommation s'atténue et passe de mode jusqu'à l'approche des années 1970 où elle revient en force.

Jusqu'au début des années 1920, l'industrie pharmaceutique produit des centaines de tonnes de cocaïne en Allemagne, en Hollande, en France, en Italie et en Grande-Bretagne.

Les premières restrictions légales apparaissent en 1906, après la parution aux Etats-Unis du Pure Food and Drug Act, suivi à l'échelle internationale des résolutions des conférences de Shanghai en 1909 et de la Haye en 1912. Les grandes discussions résultant des ravages de l'opium finissent par intégrer la cocaïne, sans qu'aucune restriction de production

ne soit décrétée.

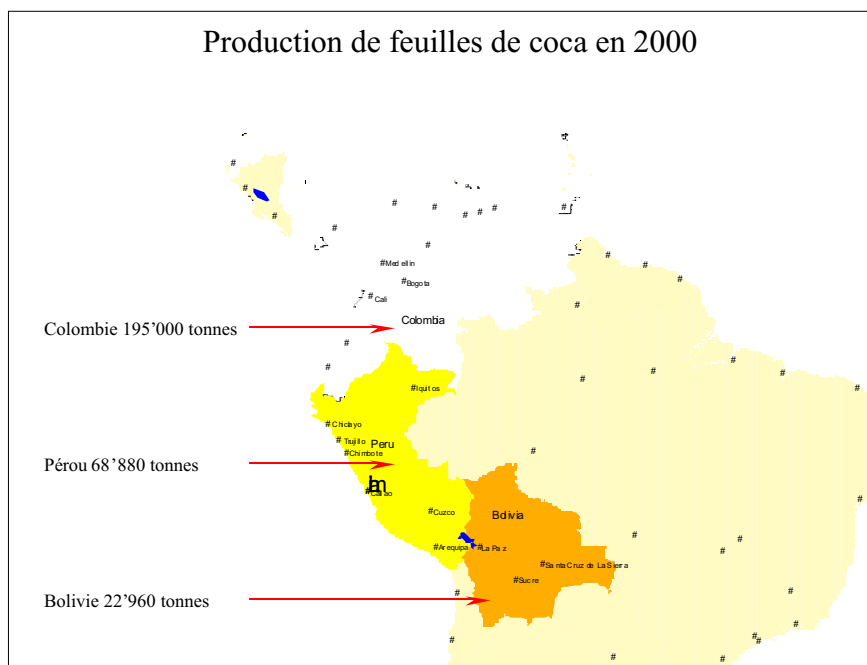
Si l'*Erythroxylum coca* est dans une très large mesure localisée en Amérique du Sud, elle a tout de même été implantée après 1850 dans les îles de Ceylan (Sri Lanka), de Java, Sumatra, Bornéo et Bali par les colons anglais et hollandais qui avaient découvert tous les usages de la feuille de coca et les enjeux économiques qui lui étaient associés. Ainsi, au début du XXe siècle, la quasi-totalité du marché de la cocaïne industrielle se fournit au Pérou et à Java à parts plus ou moins égales. La coca péruvienne est avant tout destinée à l'Allemagne et aux Etats-Unis, celle de Java allant surtout aux Pays-Bas et au Japon. Entre 1912 et 1939, Java exporte entre 1'000 et 1'500 tonnes de coca par an et la production dépasse 1'700 tonnes par an.

En 1926, la Hollande est le premier pays importateur de coca, avec 600 tonnes par an, suivie du Japon avec 150 tonnes. Ce dernier inonde à son tour la Chine et tout le marché asiatique, Russie y comprise. L'industrie allemande absorbe environ 60 tonnes par an, la France 18 tonnes et l'Egypte 6 tonnes. La culture de la coca dans l'île de Java passera ensuite momentanément en mains des Japonais à la suite de son annexion, jusqu'au départ de ces derniers. Les mesures d'interdiction promulguées au cours des Conférences internationales entre 1946 et 1961 sont appliquées de manière stricte dans les îles asiatiques et marquent le déclin de la culture de la coca en Asie du Sud-Est. A partir de là, la cocaïne qui inonde les marchés américains et européens provient essentiellement d'Amérique latine.

Entre 1931 et 1953, six nouvelles Conventions viennent renforcer le contrôle du marché licite des stupéfiants et les sanctions du commerce illicite. En 1961, la Convention unique sur les stupéfiants, adoptée dans le cadre de l'Organisation des Nations Unies, établit le cadre juridique actuellement en vigueur. Elle règle l'interdiction mondiale de plus de 100 plantes et substances naturelles ou synthétiques.

La culture licite des plantes à drogue est rigoureusement réglementée. En 1971, la Convention de Vienne sur les psychotropes étend ce contrôle aux drogues industrielles: hallucinogènes, dérivés amphétaminiques, barbituriques et tranquillisants.

Les années 1980 sont marquées par le triomphe de la doctrine américaine de «guerre à la drogue». En 1988, la



Convention de Vienne contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes définit les principes de la coopération internationale en matière de répression, d'extradition, d'intervention des services répressifs dans les eaux internationales, de livraison surveillée des drogues par les services répressifs, de lutte contre le blanchiment des revenus tirés du commerce illicite. La Convention de 1988 pose également les bases du contrôle des précurseurs et des produits chimiques nécessaires à la fabrication des drogues illicites. Le pivot du système est l'Organe international du contrôle des stupéfiants, l'OICS, dont le siège est à Vienne et qui dépend des Nations Unies, successeur du CCS. Il dispose d'importants pouvoirs économiques et commerciaux pour veiller à l'application des Conventions.

La production mondiale

La culture de feuilles de coca peut être qualifiée d'endémique, puisqu'elle est concentrée presque exclusivement dans les pays andins, en l'occurrence la Bolivie, le Pérou et la Colombie. L'*Erythroxylum coca* est cultivée pour ses feuilles dont la mastication est restée une pratique traditionnelle courante dans les Andes. Mais son utilisation en vue de produire de la cocaïne destinée à l'exportation vers les pays consommateurs du «Nord» a très vite multiplié les surfaces cultivées en Amérique latine. L'aire concernée par la culture de la coca appa-

raît nettement plus réduite que celle du cannabis et de l'opium. Seuls 5 pays sont exportateurs, ce qui est sans commune mesure avec le nombre d'Etats exportateurs d'opium (23) et de cannabis (56). Selon les estimations, en 2001, de l'ONU et de l'International Narcotics Control Strategy Report, la production des pays exportateurs de feuilles de coca se répartit comme suit:

- Colombie: 195'000 tonnes (40'800 en 1995).
- Pérou: 68'880 tonnes (169'500 en 1995);
- Bolivie: 22'960 tonnes (71'590 en 1995)

Depuis 1991, le Pérou a vu sa production de feuilles diminuer, alors que celles de Bolivie et de Colombie ont toutes deux augmenté de manière significative. La Drug Enforcement Administration estime, quant à elle, qu'en 1988, les 193'916 hectares connus de cocaïers en Amérique latine auraient produit 227'055 tonnes de feuilles séchées, donc moins que les estimations des productions du Pérou, de Bolivie et de Colombie en 1995. L'Amérique centrale est également concernée, notamment le Panama et le Guatemala, qui produisent leur propre coca.

Données économiques

Des lois différentes

Le commerce des drogues illicites ne répond pas aux mêmes lois économiques

que celui des produits licites, vraisemblablement à cause du caractère illégal du marché. La marge de bénéfice réalisée entre la production et la vente au détail est gigantesque et sans commune mesure avec ce que connaissent tous les autres biens de consommation. Le facteur multiplicateur entre les coûts de production et les prix du marché de la vente au détail constitue en quelque sorte le «prix de l'illégalité». De plus, le marché n'est pas aussi structuré et rigide que l'est l'organisation d'une entreprise multinationale, même si les acteurs qui en détiennent les clefs sont eux bel et bien organisés. Les intermédiaires sont nombreux, la chaîne entre la production, la transformation et la vente contient plusieurs maillons de forces inégales, et jouissent souvent d'une grande autonomie les uns par rapport aux autres. La concurrence existe sur ce marché, mais elle est inattendue, brutale, multiple et mouvante.

Le marché de la drogue est caractérisé par son dynamisme, sa souplesse et sa capacité à s'adapter à des contraintes changeantes. En effet, le réseau allant de la production à la distribution est largement parcellisé en entités autonomes dont la position au sein de l'organisation est évolutive et provisoire. A l'exception du producteur chacun peut, dans le réseau, créer de nouveaux marchés, substituer son activité, ou la diversifier, ou encore se retirer, indépendamment de la place particulière qu'il occupe. Il se dégage de cette structure de marché un caractère hautement imprévisible et une répartition des risques par entité indépendante. Toute action répressive ou prohibitive ne peut donc être que ponctuelle et temporaire, du moins tant qu'elle ne touche pas directement le producteur.

La demande dans ce type de marché est inélastique, alors que l'offre est élastique. Il s'agit d'un cas particulier de l'économie de produits illicites, pour lequel la consommation et la production peuvent être ajustées selon des modalités particulières et conjoncturelles. La demande est caractérisée par l'accoutumance et la dépendance aux produits de la part des consommateurs. Une baisse volontaire des prix augmente le nombre d'adeptes, mais une hausse consécutive ne fera pas baisser, ou du moins que très faiblement, le nombre de consommateurs. Le facteur retardateur sur la loi de l'offre et de la demande est directement lié à la nature du produit qui implique une dépendance chez le consommateur,

et donc la nécessité absolue de se procurer le produit.

D'autres facteurs entrent en ligne de compte pour fixer le prix du produit, telles sa qualité et sa pureté (coupage). Il n'existe aucun contrôle de la qualité des drogues propre à réguler le marché. Les variations sur la pureté du produit peuvent plus que doubler la quantité vendue au détail par rapport à la quantité produite. La marge réalisée entre le kilo de feuilles de coca et la vente au détail de sel hydrochloré de cocaïne est aussi gigantesque que pour l'héroïne.

La consommation de cocaïne n'a connu qu'un rebondissement avec la mode du crack et de la fumigation de la cocaïne sous cette forme particulière. Mais ce changement n'a eu aucune incidence particulière sur les prix du marché, puisque les procédés et les coûts de fabrication sont restés inchangés dans les pays producteurs.

Ce sont donc les manipulations sur la pureté du produit, l'accoutumance et la dépendance des consommateurs qui expliquent le mieux l'inélasticité de la demande et l'élasticité de l'offre. Les variations de la pureté de la cocaïne influencent énormément la différence entre les quantités produites et celles effectivement consommées. Ainsi, entre 1981 et 1985, le degré de pureté de la cocaïne du marché américain du Nord est passé de 30% à 50%, le prix au détail baissant, quant à lui, de 120 à 100 dollars par gramme. Pour un même kilo de cocaïne pure, le revenu avait ainsi baissé de 60% (de 500'000 à 200'000 dollars par kg) en fonction de l'augmentation du degré de pureté alors que le prix au détail n'avait, lui, baissé que de 16%.

Lorsque l'offre est restreinte, un phénomène comparable se développe: l'augmentation de 40% des prix de gros de la cocaïne colombienne à la suite de la guerre déclarée aux narco-trafiquants par le gouvernement colombien n'a pas eu d'incidence sur le prix au détail mais, par contre, la pureté du produit a diminué de 50 à 60%. «Ainsi, la transformation de la qualité du produit par une pureté croissante lorsque la demande est stable permet au dealer de chercher de nouveaux clients tout en maintenant son revenu lorsque l'offre est en baisse»².

L'inélasticité de la demande de cocaïne et l'élasticité de son offre ne sont pas tout à fait comparables à celles de l'héroïne. Selon Lewis³, «la demande de cocaïne tend à être plus flexible que celle de l'héroïne». En effet, la consommation d'hé-

roïne implique une toxicomanie plus fortement contraignante, une plus forte dépendance, moins récréative pour le toxicomane de l'héroïne que pour le cocaïnomane.

Le trafic

En ce qui concerne les profits réalisés par les trafics, le Groupe d'action financière internationale (GAFI), créé et composé par les membres du G7, estime à 35 milliards de dollars le produit de la vente de cocaïne (contre 75 milliards pour le cannabis et 12 milliards pour l'héroïne).

Sur ces 35 milliards, seuls 1,5 milliard iraient au Pérou où 750 millions à 1 milliard seraient changés en monnaie locale; 1,5 milliard iraient en Bolivie, dont 500 à 700 millions seraient injectés dans l'économie locale, et 5 milliards iraient aux barons de la cocaïne colombienne qui utiliseraient environ 1,5 milliard dans l'économie nationale. Ainsi réparti, le revenu total des pays producteurs avoisinerait les 8 milliards de dollars, alors que 27 milliards correspondraient aux bénéfices réalisés dans les pays consommateurs, essentiellement aux Etats-Unis et en Europe. En 1995, le Pérou, qui était de loin le plus grand producteur de feuilles de coca d'Amérique latine, réalisait ainsi un revenu nettement moindre que celui de la Colombie, dont les ressortissants détenaient 80% des exportations de coca et de cocaïne produites au Pérou et en Bolivie. Néanmoins, selon Samuel Doria Medina, conseiller économique du président bolivien Jaime Paz Zamora, le commerce de la drogue aurait représenté le quart du produit intérieur brut national en 1989, et les 500 millions de «coca-dollars» recyclés en Bolivie équivaleraient à 80% du revenu des exportations légales. Aujourd'hui, il n'est pas étonnant de constater que la Colombie est devenue le premier producteur mondial de feuilles de coca.

Pour estimer les marges bénéficiaires réalisées sur le trafic de la cocaïne d'un bout à l'autre de la chaîne, soit de la production à la vente au détail, il est nécessaire de connaître l'importance de la production, le rendement à l'hectare et les prix de vente aux différentes étapes de la filière.

Ainsi, les rendements moyens des cultures de coca varient d'un pays à l'autre et selon les régions, mais la quantité de cocaïne produite varie également en fonction du mode de transformation chimique employé par les trafiquants.

La production

On estime qu'il faut 1'000 kg de feuilles à haute teneur en cocaïne (0,6 à 0,85% au Pérou et en Bolivie) pour obtenir 10kg de pâte de coca, alors que le même poids de feuilles à faible teneur (0,2 à 0,3% en Colombie) ne permet d'obtenir que 4 kg de pâte de coca. Il faut ensuite 2,5 kg de pâte de coca pour produire 1 kg de cocaïne-base, puis environ 1kg de sel hydrochloré de cocaïne.

Les rendements à l'hectare sont estimés à (tonne par hectare):

- Pérou: 1,4 à 1,9 selon les années (1,6 en 1995) ;
- Bolivie: 1,4 à 1,9 selon les années (1,75 en 1995) ;
- Colombie: 0,8.

Les variations annuelles du rendement font que toute estimation de l'évolution des surfaces cultivées doit être interprétée avec nuance. Entre 1991 et 1995, le maintien des rendements a permis à la Colombie de voir sa production de feuilles de coca s'accroître de 36%, compte tenu d'une augmentation de surface cultivée de 35,7%, alors qu'en Bolivie les rendements s'accroissaient de 3 à 6% avec des superficies cultivées en régression de 33%. A l'inverse, au Pérou, entre 1992 et 1993, les tonnages diminuaient de 30,5% et les superficies de 15,7%.

En Bolivie, les cultures de coca du Chapare et des Yungas ont des rendements de 2,7 à 1,8 tonnes à l'hectare. Compte tenu de leur teneur en alcaloïdes de 0,72 et 0,85%, il faut environ 390 et 330 kg de feuilles pour produire 1 kg de cocaïne. Ainsi, avec des productions de 42'000 et 28'000 tonnes de feuilles de coca en 1995, respectivement au Chapare et aux Yungas, la production serait environ de 110 et 87 tonnes de cocaïne. Une tonne de feuilles de coca du Chapare permettrait donc l'élaboration de 2,6 kg de cocaïne contre 3 pour une tonne provenant des Yungas.

Les feuilles de coca se vendent en principe par cargos, des lots de 50 kg dont le prix peut connaître des fluctuations très importantes et très rapides. Ainsi, en 1986, la carga de feuilles de coca bolivienne se négociait en moyenne à 125 dollars. En juillet 1986, après l'opération Blast Furnace de la Drug Enforcement Administration qui visait la destruction de plusieurs laboratoires, le cours de la carga a été divisé par 6 pour plafonner à

20 dollars. Trois ans plus tard, en 1989, la carga est négociée à 85 dollars, mais la guerre entre le cartel de Medellín et le gouvernement colombien fait chuter le prix de la carga à 10 dollars.

Sur la base d'un prix moyen de la carga à 40 dollars et de rendements moyens de 0,8, 1,5 et 1,9 tonnes de feuilles à l'hectare, les producteurs cultivant des parcelles de 2 hectares en moyenne disposent respectivement de revenus annuels de 1'280, 2'400 et 3'040 dollars. Lorsque le prix de la carga chute de 10 dollars, leurs revenus tombent à 320, 600 et 760 dollars, et lorsqu'il monte à 60 dollars, les revenus atteignent 1'920, 3'600 et 4'560 dollars.

Sachant qu'au Pérou, où les estimations sont les plus fiables, il faut en moyenne 85 à 125kg de feuilles de coca pour produire 1 kg de pâte de coca, c'est-à-dire 1,7 à 2,5 cargos à 40 dollars l'unité en moyenne, et sachant qu'en 1992 le prix de la pâte de coca oscille entre 250 et 350 dollars, le coût de la coca nécessaire à la production de 1 kg de pâte de coca se situe entre 68 et 100 dollars, ce qui permet de réaliser à ce premier stade une marge de 150 à 280 dollars par kilo de pâte.

2,5kg de pâte de coca à 250 ou 350 dollars le kilo étant nécessaires à la confection de 1 kg de cocaïne-base qui est vendu entre 1'500 et 1'750 dollars le kilo, la marge réalisée à ce second stade de la production de cocaïne est comprise entre 625 et 875 dollars le kilo de cocaïne-base.

Enfin, 1kg de sel hydrochloré de cocaïne pure se négocie entre 1'900 et 2'500 dollars à l'exportation, la marge par rapport à la cocaïne-base étant ici de 250 à 1'000 dollars.

En résumé, le tableau ci-dessous montre

la répartition des prix aux différentes étapes de production et de distribution aboutissant à la vente de 1 kg de sel hydrochloré de cocaïne.

Le facteur multiplicateur du prix de la cocaïne par rapport à celui de la coca étant de 500 pour le marché américain, les bénéfices réalisés tout au long de la chaîne sont donc considérables et permettent de comprendre l'engouement des trafiquants face aux revenus.

En 1993, le prix du kilo de sel hydrochloré de cocaïne sur le marché européen était approximativement de 45'000 dollars et de 65'000 dollars sur le marché asiatique. La pureté joue également un rôle important: après avoir connu une pureté de 90% en 1988, la pureté moyenne de la cocaïne en gros est tombée à 83% en 1994, alors que celle vendue au détail avait tendance à être plus pure en 1994 qu'en 1995, respectivement 63% contre 55%.

Le trafic international

Pour des raisons essentiellement climatiques, la culture de la coca n'a pas suivi le même développement géographique que l'opium. A l'exception de l'île de Java, elle est restée une spécialisation sud-américaine et est devenue, au cours des siècles, un acteur économique prépondérant des pays d'Amérique du Sud, que la révolution industrielle et l'industrie pharmaceutique occidentale ont contribué à asseoir et à consolider. L'assujettissement des pays producteurs de feuilles de coca par les pays consommateurs n'a jamais été aussi fort et marqué qu'il ne l'a été pour l'opium. Le fort ancrage traditionnel de la feuille de coca dans la culture sud-américaine en est

Feuilles de coca	250 à 310 kg	200 à 250 dollars
Pâte de coca	2.5 kg	625 à 875 dollars
Cocaïne-base	1 kg	1'500 à 1'700 dollars
Sel hydrochloré de cocaïne sur le site de production	1 kg	1'900 à 2'500 dollars
Sel hydrochloré de cocaïne à l'exportation	1 kg	4'000 dollars
Sel hydrochloré de cocaïne à l'importation	1 kg	20'000 dollars
Sel hydrochloré de cocaïne sur le marché étasunien	1 kg	25'000 dollars
Sel hydrochloré de cocaïne au détail après dilution	1 kg	105'000 dollars

probablement la justification principale. Dès le début du XXe siècle, le Mexique devient le principal grenier des Etats-Unis en matière de drogues illicites. On y cultive intensivement la marijuana, et l'opium y trouve une terre fertile et des conditions propices. Les problèmes rencontrés par les pays d'Asie et par la Turquie face à la communauté internationale vont catalyser la production mexicaine d'opium, qui connaîtra une explosion dès 1970. De plus, la situation géographique de ce pays en fait la plaque tournante du transit Sud-Nord de la production de cocaïne sud-américaine.

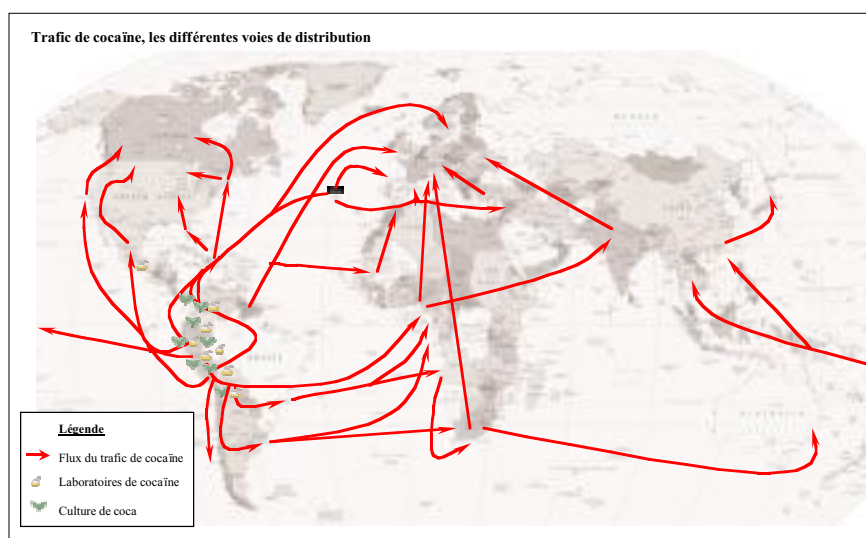
Côté colombien

En Colombie, le trafic de cocaïne s'est développé à la suite des activités de contrebande dont le département d'Antioquia, avec Medellín pour capitale, s'est fait une spécialité depuis la fin du XVIe siècle. La guerre d'indépendance de 1810 amplifie encore le phénomène du fait de la présence des corsaires anglais qui cherchent à déstabiliser la colonie. Les échanges avec les ports de Maracaïbo (Venezuela), Panama et la Jamaïque s'étendent alors aux côtes du Mexique et des Etats-Unis.

Le passage du trafic illicite des drogues par la Colombie devient une véritable obligation vers la fin des années 1960, alors que le Mexique n'est plus à même de répondre seul à la demande du marché nord-américain et que ses trafiquants subissent les foudres de la répression policière. Ainsi vers 1970 apparaissent sur la scène de la drogue les trafiquants des cartels de Medellín et de Cali.

Dès cette époque, du fait de la demande colombienne, la production de feuilles de coca cultivées en Bolivie, au Pérou et au Chili depuis plus de 2'000 ans, est telle qu'elle occupe la première place des biens agricoles en Amérique latine durant le XXe siècle et connaît une véritable explosion. Sous les différentes dictatures militaires boliviennes, les généraux Hugo Banzer, García Meza et leurs successeurs s'investissent dans la production et l'exportation de cocaïne-base et de chlorhydrate de cocaïne. Parallèlement, les cultures du Brésil, du Venezuela et de l'Equateur restent marginales et ne connaissent pas le développement de celles du Pérou et de la Bolivie en particulier.

Durant les années 1980, les cartels colombiens mettent sur pied un réseau de production et de diffusion. Les feuilles de coca proviennent du Pérou et de



Bolivie alors que la Colombie débute dans la production de coca. Les précurseurs nécessaires aux transformations chimiques de la cocaïne sont importés d'Equateur, du Brésil et du Chili. L'argent de la drogue est blanchi au Venezuela, au Brésil, au Panama et dans les Caraïbes, les Bahamas, les îles Caïmans, ainsi que dans les pays producteurs andins. Le Venezuela, les Guyanes, le Surinam, les Caraïbes, le Paraguay et l'Argentine deviennent des pays de transit de la cocaïne vers les Etats-Unis.

Après l'assassinat le 18 août 1989 de Luis Carlos Galán, pré-candidat du Parti libéral à l'élection présidentielle en Colombie, et à la suite de la déclaration de guerre au cartel de Medellín, les mafieux colombiens éclatent et décentralisent la production de cocaïne dans toute l'Amérique latine. Des laboratoires de production de cocaïne apparaissent au Chili, au Brésil et en Argentine alors que l'Uruguay devient un pays de blanchiment d'argent. Parallèlement, les routes vers l'Amérique du Nord se démultiplient pour déjouer les actions répressives et la lutte internationale contre le trafic de drogue.

Une extension

La mafia colombienne, dès le début des années 1990, commence à diversifier la production de drogue et, non contente de détenir la grande majorité du trafic de marijuana et de cocaïne, implante la culture de l'opium en Colombie, au Pérou, en Equateur, au Venezuela et en Argentine. Aujourd'hui, il n'existe pas un seul pays d'Amérique latine et des îles anglophones des Caraïbes qui ne soit profondément intégré dans le réseau du trafic Sud-Nord des drogues illicites.

Comme dans le cas de l'opium dans le Triangle d'Or, la culture de la coca a été utilisée par certains mouvements révolutionnaires pour permettre le financement de la lutte armée, comme par exemple la guérilla du Sentier Lumineux et le mouvement révolutionnaire Tupac Amaru au Pérou, ou les Forces armées révolutionnaires, l'Armée de libération nationale, l'Armée populaire de libération et le mouvement nationaliste de gauche M-19 en Colombie.

Au Pérou, dans le milieu des années 1990, dans les 13 grandes vallées du territoire amazonien, on compte plus de 200 pistes d'atterrissage clandestines aux mains des révolutionnaires qui permettent d'exporter annuellement plus de 500 à 600 tonnes de cocaïne-base. De plus, dès 1995, de nombreux laboratoires de synthèse de sel hydrochloré de cocaïne apparaissent au Pérou, à la suite de l'effondrement, en Colombie, des cartels de Cali et de Medellín, laissant le Pérou développer ses propres filières d'exportation.

En Colombie, les Forces armées révolutionnaires entretiennent de bonnes relations avec le cartel de Cali, ainsi qu'avec Carlos Lehder et Pablo Escobar. En revanche, le trafiquant Rodríguez Gacha voit ses laboratoires attaqués par les révolutionnaires mais parvient, à l'aide de groupes paramilitaires, à les chasser de son territoire vers 1985. On estime qu'à cette époque, les révolutionnaires sont capables d'écouler 2 à 3 tonnes de cocaïne par semaine à partir de certaines régions dont ils ont le contrôle, et cela évidemment avec le cautionnement des cartels de la cocaïne. Dès le début des années 1990, les révolutionnaires introduisent également la culture du pavot. Les cartels de la drogue se sont égale-

ment spécialisés dans le trafic d'armes, dont une partie est destinée aux révolutionnaires. Trafics de drogue et d'armes sont d'ailleurs interdépendants, dans la mesure où la cocaïne s'échange souvent contre des armes et vice versa. Ainsi, durant un certain temps, chaque avion qui part de Colombie avec un chargement de cocaïne y revient avec un chargement d'armes, à l'intention des révolutions colombienne, nicaraguayenne et péruvienne. La mafia italienne assure même le transit d'armes entre la Colombie et les pays en guerre de l'ex-Yougoslavie. Une cargaison est découverte à Vérone en 1994. Les Colombiens échangent des armes contre de la cocaïne acheminée en Italie, en Espagne et aux Pays-Bas. A Milan et en Calabre, la police démantèle un réseau qui échange de la cocaïne contre des armes avec des trafiquants Boliviens, Colombiens et Péruviens; la drogue sert à payer par la suite les armes alimentant principalement les conflits en ex-Yougoslavie.

La cocaïne destinée à l'Europe transite au sud par le Sénégal et les îles du Cap-vert, et au nord par Anvers, Rotterdam et Amsterdam.

De là partent en sens inverse les drogues de synthèse et les précurseurs chimiques détournés, dont l'Allemagne et la Suisse restent, en 1995, les premiers exportateurs. Les cartels colombiens introduisent la drogue en Europe par différentes zones: les côtes espagnoles de Galice et les côtes du nord du Portugal, sur un axe Vigo-Porto, les îles Canaries et l'Espagne en général. Les ports et les aéroports d'Afrique de l'Ouest constituent également des relais d'envois provenant d'Amérique du Sud. De là, la cocaïne transite par le détroit de Gibraltar à destination de l'Italie. Depuis le nord du Maroc, la cocaïne utilise la voie du haschisch et entre directement en Espagne par la côte. Dans cette zone où la contrebande entre l'Afrique et le continent européen est une véritable tradition, la cocaïne passe des bateaux de pêche marocains aux vedettes ultra rapides des trafiquants espagnols. Alger, Tunis, Benghazi, Alexandrie, Le Caire font également partie, dans des mesures variables, de cet espace du trafic. Depuis deux ans environ, il semble que la cocaïne passe par cargos de manière renforcée et intensive par Gibraltar et la Méditerranée.

L'effondrement du bloc soviétique ouvre aussi un nouveau marché à la cocaïne, ainsi que de nouvelles voies de pénétration vers l'Europe occidentale par la route de l'héroïne à travers les Balkans. Les routes

clandestines de la cocaïne doivent devenir de plus en plus sophistiquées pour échapper à la répression policière. Ainsi, en 1997, les polices américaines et italiennes démantèlent un réseau qui, depuis le Brésil, expédie la cocaïne colombienne en Italie au moyen de «mules» originaires du Nigeria voyageant sous de fausses identités américaines. De là, la cocaïne est prise en charge dans une base américaine où elle est stockée, puis expédiée aux Etats-Unis dans des malles militaires. Des centaines de kilos de drogue ont ainsi alimenté durant plusieurs mois le marché américain.

Les saisies de cocaïne dans le monde

Selon les données publiées par l'ONU, les saisies mondiales de cocaïne ont diminué entre 1999 et 2000, poursuivant une tendance à la baisse qui s'est amorcée en 1998 et reflétant, selon cet organisme, un recul de la production.

Plus de 90% de l'ensemble des saisies de cocaïne dans le monde s'effectuent dans les Amériques et 8% en Europe occidentale. Dans les Amériques, les caractéristiques du trafic ont changé: il a diminué en Amérique du Nord (Etats-Unis, Mexique et Canada) et dans la plupart des pays d'Amérique du Sud, mais il a augmenté en Colombie et au Venezuela.

En 1999, 37% de l'ensemble des saisies de cocaïne avaient été réalisés aux Etats-Unis et 18% en Colombie.

En 2000, la tendance s'est inversée: les saisies en Colombie représentaient 43% et celles réalisées aux Etats-Unis 30% des saisies mondiales de cocaïne.

En Europe occidentale, les saisies de cocaïne ont diminué de 1999 à 2000, mais les indications de 2001 laissent prévoir une augmentation.

En 2000, l'ONU estime que 38% de l'offre mondiale de cocaïne a été interceptée. Cependant, l'extrapolation doit tenir compte que les saisies sont comptabilisées en poids brut et ne tiennent pas compte de la dilution. Ainsi, les 335 tonnes de cocaïne annoncées interceptées ne reflètent pas de la cocaïne pure. La cocaïne disponible sur le marché mondial est estimée à 544 tonnes (pour une production mondiale estimée à un minimum de 879 tonnes).

L'évolution de la situation en Suisse

Contrairement au trafic de l'héroïne, celui de la cocaïne n'a pas connu de très

grands bouleversements en Suisse durant ces vingt dernières années. S'agissant d'un produit naturellement présent dans les feuilles de coca, elle est extraite dans les sites de production, transformée en pâte de coca par les cultivateurs eux-mêmes, puis transformée et purifiée en sel hydrochloré de cocaïne proche des sites de production, dans des laboratoires bien équipés fonctionnant comme de petites PME. Elle est quasi systématiquement exportée sous forme de sel hydrochloré; en tous les cas c'est quasi essentiellement sous cette forme qu'elle est saisie en Europe. Il n'arrive pas de "crack"⁴ en Suisse en provenance de l'Amérique du Sud. Contrairement aux Etats-Unis où le crack est apparu dès la fin des années 70 (en France dès le début des années 90, à Paris notamment) et a été consommé en masse dans la plupart des grandes villes, la fumigation de cocaïne-base (crack) en Suisse est très récente (moins de 5 ans) et nécessite la transformation chimique du sel hydrochloré de cocaïne en cocaïne-base par le toxicomane (il existe plusieurs recettes relativement simples et qui figurent toutes sur Internet).

Dans les milieux aisés

La cocaïne fut longtemps, en Suisse, la drogue privilégiée de milieux socio-culturellement aisés et sa consommation, son trafic, étaient relativement discrets durant les années 1970 et 1980. Son accessibilité était donc relativement limitée et son prix assez prohibitif (souvent plus de CHF 300.- le gramme). La cocaïne (anesthésique local, mais surtout stimulant-euphorisant) était traditionnellement sniffée, rarement injectée, quand bien même elle est très soluble dans l'eau. Le principal problème du sniff réside dans le fait que les cristaux de sel hydrochloré de cocaïne sont assez tranchants et produisent ainsi des dégâts irréversibles dans les cloisons nasales (où la cocaïne se solubilise dans muqueuses avant d'entrer dans le réseau sanguin).

Ce sont avant tout les hispanophones (Espagne, Portugal, Amérique du Sud) qui ont détenu quasi unilatéralement les clefs de l'importation et de la diffusion de la cocaïne sur le marché de la consommation suisse. S'agissant d'une consommation traditionnelle en Amérique du Sud, cette communauté en consomme également en Europe. Puis, se sont greffés à la vente et au trafic international les ressortissants libanais, au plus fort du conflit qu'a connu le Liban dans le milieu

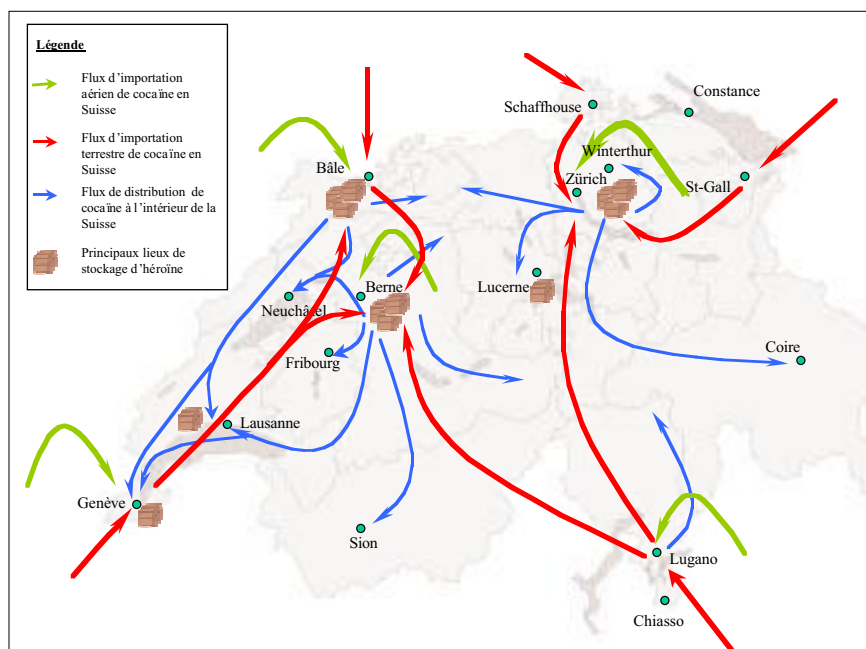
des années 80. La consommation de cocaïne étant très fréquente dans le milieu de la prostitution en Suisse, notamment dans les cabarets où les prostituées ("artistes") d'Amérique du Sud et d'Afrique du Nord se côtoient souvent, le marché de la vente a également séduit bon nombre de ressortissants du Maghreb qui détiennent une partie du trafic illicite de cocaïne (en plus du marché du haschisch). Parallèlement, la mafia italienne a toujours gardé un œil attentif sur ce marché juteux et joue encore aujourd'hui un rôle d'intermédiaire important dans le transit de la cocaïne d'Amérique du Sud vers l'Europe.

Les nouveaux trafiquants

Le plus grand changement qu'a connu la Suisse en matière de cocaïnomanie est survenu en deux étapes: d'une part le marché de la cocaïne a été fortement dynamisé par l'émergence du mouvement Techno; en effet, tous les stimulants ont été absorbés par cette mode largement basée sur la résistance à la fatigue. D'autre part, la fin du conflit du Kosovo (fin 1999 - début 2000) a provoqué une pénurie de l'héroïne dont le marché de la vente en Suisse était tenu sous la forme d'un véritable monopole par les ressortissants albanophones. Le fort ralentissement des flux migratoires des communautés albanophones a donc coïncidé à une accessibilité diminuée à l'héroïne que les héroïnomanes ont très rapidement substituée par la cocaïne.

Parallèlement, un nouveau flux migratoire était apparu en Suisse par l'émergence des Africains de l'Ouest (dès 1996), notamment du Nigeria, de la Sierra Leone, de Guinée, du Bénin, etc. Ceux-ci s'étaient appropriés, dans un premier temps, le marché de la vente de marijuana, puis dans un deuxième temps, mais assez rapidement, le marché de la vente au détail de cocaïne. Cette opportunité résultait en fait d'une nouvelle voie d'acheminement de la cocaïne en Europe, une nouvelle stratégie de la part des cartels sud-américains. La cocaïne transitait par voie navale, par cargos (par centaines de kilos, voire par tonnes), d'Amérique du Sud vers l'Afrique de l'Ouest, notamment le Nigeria, puis utilisait le flux migratoire vers l'Europe. Il était donc logique de retrouver les Africains de l'Ouest dans le commerce de la vente au détail sur le territoire helvétique.

Ceux-ci ont vite compris l'intérêt pécuniaire inhérent à la vente de cocaïne sur



rue. En effet, la cocaïne n'était plus vendue aux toxicomanes par gramme ou par cinq ou dix grammes, mais sous la forme de boulettes de 0,1 gramme à 0,2 gramme. Un requérant d'asile d'Afrique de l'Ouest pouvait ainsi multiplier les gains de manière sensationnelle. Dans la plus pure tradition africaine, tous les rapports entre les intermédiaires sont basés sur la confiance et la parole donnée. La mafia nigérienne, gérant les stocks dans les grandes villes de Suisse (Zurich, Berne, Bâle), était capable d'avancer un kilo de cocaïne à un revendeur sans que celui-ci ne doive avancer un centime sur la marchandise. Il devenait redevable à l'organisation criminelle d'un montant (pour 1 kilo) de CHF 40'000.- après la vente du kilo, la cocaïne lui étant cédée à CHF 40.- le gramme.

Le revendeur avait alors deux solutions:

- il pouvait transporter la drogue vers un marché de distribution secondaire (par exemple Neuchâtel, Lausanne, Genève ou Soleure, etc), en prenant le risque du transport et du contrôle fortuit de police, et revendre le kilo de cocaïne pour un montant compris entre CHF 60'000.- et 80'000.- à un intermédiaire capable de le faire écouler sur un marché de consommation local. Son rôle d'intermédiaire lui permettait de gagner entre CHF 20'000.- et CHF 40'000.- en une seule transaction;
- il pouvait aussi procéder lui-même ou avec des compatriotes à la vente sur rue sous la forme de boulettes. Avec un gramme, il pouvait confectionner 8 boulettes (soit 0,125 gramme par bou-

lette) et revendre les boulettes aux toxicomanes pour le prix de CHF 50.- la boulette (parfois CHF 80.-). Ainsi, le bénéfice pour chaque gramme vendu était de CHF 360.-. La vente d'un kilo lui rapportait CHF 360'000.-, net!

C'est la raison évidente pour laquelle, dès 1997, la vente des boulettes est devenue très agressive de la part des revendeurs. Aujourd'hui, la vente des boulettes est toujours détenue en grande partie par les Africains de l'Ouest, à la différence près que la mafia du Nigeria (ou plutôt les mafias d'Afrique de l'Ouest) est devenue beaucoup plus restrictive sur les marges de bénéfices laissées aux revendeurs. Elle s'est structurée aujourd'hui en une parfaite organisation criminelle capable d'approvisionner le marché suisse et de faire remonter l'argent de la drogue en Afrique, sur d'autres places financières européennes et dans des paradis fiscaux. En Suisse, elle utilise souvent des autochtones pour prêter leurs noms nécessaires aux transferts d'argent par la Western Union (par exemple) vers l'Afrique ou pour ouvrir des comptes bancaires. Elle utilise également le flux migratoire pour les transferts d'argent. La substitution de l'héroïne par la cocaïne a eu des effets dramatiques sur les toxicomanes. Ce changement a coïncidé avec une toxicomanie compulsive (jusqu'à 20 ou 30 injections par jour!), une très nette détérioration sanitaire des toxicomanes et une augmentation des maladies transmissibles. De plus, il n'existe pas de substitut thérapeutique de la cocaïne, comme c'est le cas de la méth-

done pour l'héroïne.

D'autres consommateurs

Parallèlement, les ventes de cocaïne ont été dopées par l'intérêt des "nouveaux consommateurs" des amphétamines thaïs (en fait de la méthamphétamine). Ceux-ci, contrairement à ce que l'on pourrait penser, n'ingèrent pas les pilules thaïs, mais les fument. Il sont également pour la plupart polytoxicomanes et consomment marijuana, haschisch, méthamphétamine, cocaïne, etc. Le point commun de leur consommation réside dans la fumigation de toutes ces drogues. En ce qui concerne la cocaïne, ils la fument sous forme de crack dans des pipes en verre. La cocaïne devient alors terriblement dangereuse, car elle transite en masse par voie sanguine (échange au niveau des poumons) vers le cerveau et sature les récepteurs quasiment en masse. Les toxicomanes ressentent alors un "flash", une défonce, qu'ils décrivent comme terrible et qu'ils recherchent. Les dégâts cérébraux dus autant à la fumigation de la cocaïne que de la méthamphétamine sont de véritables bombes à retardement dont nous connaissons certainement l'ampleur réelle par l'augmentation des coûts des prises en charge psychiatriques.

Le trafic de cocaïne pénètre en Suisse par différentes voies:

- Par le traditionnel trafic de la "fourmi", par avion (vols internationaux) et portant sur de petites quantités, soit par ingestion ("body packing" de 1 à 2 kilos), soit dans les bagages (1 à 20 kilos). L'aéroport de Kloten est le plus utilisé en Suisse, puis Genève (qui a perdu son intérêt par la suppression des vols internationaux), Bâle-Mulhouse,

Belp et Agno.

- Les données douanières concernant les saisies montrent que le fret représente une part importante de l'importation de cocaïne en Suisse; la plupart du temps, la cocaïne est cachée dans des biens de consommation très variés périssables ou non (ananas, lampes, peinture, habits et tissus, etc.).
- Par le train, principalement en provenance d'Allemagne en passant par Bâle, en provenance d'Italie par Chiasso, en provenance de France par le TGV et par Genève; le transport se fait souvent par "body packing" dans les voies anales ou vaginales ou alors dans les bagages.
- Par voiture et par camion, notamment en provenance d'Allemagne et d'Italie, parfois de France, en principe dans des caches spécialement aménagées (entre 10 et plusieurs centaines de kilos).

Les statistiques de l'Office fédéral de la police montrent une diminution des saisies de cocaïne entre 1997 et 2001, passant de 350 kilos à 170 kilos (dont 122 kilos dans le canton de Zurich). Au total, ce sont 8206 personnes qui ont été dénoncées pour usage (consommation) de cocaïne en Suisse durant l'année 2001 et 2921 pour trafic de cocaïne. La statistique ne donne malheureusement aucune indication sur la nationalité des trafiquants par type de drogue illicite.

La pureté de la cocaïne a nettement chuté ces dix dernières années. Si elle était souvent d'une pureté supérieure à 80% dans les années 1980 à 1990, elle est aujourd'hui d'une moyenne inférieure à 30%. De plus, elle était souvent importée non coupée avant les années 1990. Aujourd'hui, il est fréquent qu'elle soit déjà diluée (plus de 20%) lorsqu'elle est interceptée à la frontière. Elle est tradi-

tionnellement diluée au moyen de sucres, tels le lactose, le mannitol, le glucose, ou avec des anesthésiques locaux, comme la lidocaïne ou la procaïne. On observe, chaque année en Suisse, une vingtaine de produits de coupages différents dans la cocaïne.

Une estimation de 15'000 toxicomanes achetant chaque jour un gramme de cocaïne pour une moyenne minimale de CHF 150.- le gramme, suppose l'écoulement de 15 kilos par jour en Suisse, donc de plus de 5,4 tonnes de cocaïne par année, pour un chiffre d'affaire global annuel supérieur à 810 millions de francs.

Notes

1) Les données de cet article sont tirées en grande partie de: 1. Atlas mondial des drogues, Observatoire géopolitique des drogues, Paris, PUF, 1996; 2. La Dépêche internationale des drogues, Observatoire géopolitique des drogues; 3. Drogue et reproduction sociale dans le tiers monde, Ed. de l'Aube, ORSTOM, 1998.

2) Rodrigo Uprimmy in Centre Tricontinental, 1996, Drogues et narco-trafic, le point de vue du Sud, Paris, l'Harmattan

3) Lewis P et Lewis E, 1984, Peuples du Triangle d'Or, Olizane, Genève

4) Il s'agit de cocaïne-base, normalement précipitée à partir du sel hydrochloré de cocaïne. Le crack est produit par dissolution du sel hydrochloré de cocaïne dans l'eau et de bicarbonate de sodium que l'on porte à ébullition. La cocaïne-base précipite la solution bouillante. Elle est ensuite séchée complètement. Elle est alors sous forme de morceaux agglomérés ("rock") très durs qu'il faut casser. Le nom "crack" vient du bruit que fait la cocaïne-base lorsqu'elle est chauffée pour la fumigation et que des molécules d'eau résiduelle se dilatent dans la matrice en craquant.

CARREFOUR PREVENTION®



les non-fumeurs



Bourré de talent,
pas d'alcool.



**MAÎTRISE
STRESS**



Carrefour Prévention

Rue Henri-Christiné 5
CP 567
CH-1211 GENEVE 4
carprev@iprolink.ch
www.prevention.ch

Heures d'ouverture de l'arcade

Lundi-jeudi 9.00-17.00
Vendredi 9.00-13.00
Tél. 022 321 00 11 - Fax 022 329 11 27

ADiGe : Permanence tous les mercredis de 17 à 19h.

Neurobiologie des effets de la cocaïne

Anne-Françoise Chevalley, Dr en biologie, psychologue, collaboratrice scientifique COROMA, section des troubles anxieux et de l'humeur, Hôpital de Cery, Lausanne

Connue depuis des siècles des peuplades aborigènes d'Amérique du Sud, pour ses effets euphoriques stimulants, la cocaïne est le principal alcaloïde extrait des feuilles de la plante Erythroxylon coca. La cocaïne agit comme un anesthésique local.

La cocaïne est une substance qui présente un haut potentiel pour l'abus et la dépendance.

Les effets spécifiques de la cocaïne

Administrée à des sujets dépendants, la cocaïne entraîne dans les trois minutes tout d'abord une élévation du rythme cardiaque, de la transpiration et un intense sentiment d'excitation. Puis, des sentiments de plaisir caractérisés par une euphorie, une confiance en soi, un sentiment de bien-être et une meilleure sociabilité. Une dizaine de minutes après la prise, ces sentiments laissent déjà place aux émotions négatives caractérisées par de l'anxiété, des sentiments paranoïdes, une anhédonie, accompagnées une à deux minutes plus tard d'un besoin compulsif d'utiliser plus de cocaïne.

Le craving ou désir impérieux de prendre une drogue est l'un des problèmes majeurs des addictions et est particulièrement fort pour la cocaïne. Il peut être induit par les symptômes désagréables du sevrage et être déclenché par des facteurs environnementaux extérieurs tels que: des stimulations visuelles, auditives ou des situations sociales en relation avec la drogue. Le craving peut entraîner une rechute et ceci des mois, voire parfois des années, après l'arrêt de la cocaïne. Toutefois, après un à deux mois d'abstinence totale, ce désir de cocaïne s'atténue progressivement au point d'être plus facilement maîtrisable par la majorité des patients (1).

L'administration compulsive de substance "bingeing" est particulièrement observée chez les cocaïnomanes. Ce processus de perte de contrôle, cette boulimie de cocaïne existe même quand la cocaïne n'est plus perçue comme un plaisir et en

dépité des conséquences physiques négatives qu'elle engendre.

Le syndrome de manque ou le sevrage consécutif à la diminution de la cocaïne dans l'organisme, et donc de ses effets chez le sujet consommateur régulier, se traduit par une dysphorie, irritabilité et une perte de plaisir qui le poussent à reconsommer la substance.

La consommation conjointe d'alcool et de cocaïne donne naissance à un métabolite actif, le cocaéthylène, qui a lui-même un pouvoir fortement addictif et possède une demi-vie plus longue que la cocaïne. Les concentrations de cocaïne sont plus élevées avec l'alcool et les effets psychologiques plus importants, ce qui conduit le sujet à consommer de plus grandes quantités à la fois de cocaïne et d'alcool.

Mode d'action de la cocaïne au niveau cellulaire

La cocaïne se lie spécifiquement sur les transporteurs présynaptiques des monoamines. Elle inhibe le recaptage des amines après leur libération au niveau synaptique et ainsi accroît le contenu extracellulaire en dopamine (DA), sérotonine (5-HT) et noradrénaline (NA).

C'est son action pharmacologique sur les transporteurs de la dopamine au niveau du cerveau antérieur qui serait à l'origine des effets euphoriques subjectifs reportés chez l'homme et de ses effets renforçateurs ou de récompense.

Comme la cocaïne, l'amphétamine bloque le recaptage des amines via l'inhibition des transporteurs des monoamines. Toutefois, à la différence de la

cocaïne, l'amphétamine provoque en plus une libération accrue de DA, NA et 5-HT par les terminaisons synaptiques. La cocaïne entraîne un accroissement important (environ +20 %) du nombre des récepteurs opioïdes dans le cerveau. Les sujets qui consomment de la cocaïne en plus des opiacés (héroïne et/ou méthadone) vont augmenter leur consommation ou devront voir leur dose adaptée pour maintenir un équilibre satisfaisant.

Les mécanismes cérébraux impliqués dans l'action de la cocaïne

Les circuits de la récompense

De nombreuses données obtenues chez l'animal et récemment chez l'homme valident le modèle d'une action commune des substances psychoactives par activation de circuits nerveux spécifiques qui se projettent depuis le pons et le mésencéphale vers les régions antérieures du cerveau incluant l'amygdale, le cortex médian préfrontal, le cortex cingulaire antérieur, le pallidum ventral et des subdivisions du striatum en particulier le Noyau Accumbens (NAcc). L'activation des structures de ces circuits en association avec la perception d'un stimulus sensoriel assigne à ce stimulus une valeur positive. Les émotions, cognitions et comportements présents lors de l'activation de ces régions du cerveau ont ainsi plus de chance d'être reproduits. Ces circuits de la récompense représentent en quelque sorte le centre "qui donne du sens", qui signale à l'organisme que l'expérience qu'il vient de vivre est bénéfique et qui transcrit la motivation en comportement.

La neuropharmacologie et la neurochimie des circuits de la récompense ont été particulièrement investiguées, en particulier chez l'animal. Récemment, la neuroimagerie a permis d'obtenir des données fonctionnelles chez l'homme. Toutefois, suivant les techniques utilisées en imagerie, on enregistre des activations de régions cérébrales différentes car les processus mesurés ont des déroulements temporels différents (métabolisme du glucose: 30 minutes, flux sanguin cérébral-eau: 60 secondes; fMRI-niveau d'oxygénation sanguin: 3-5 secondes). Les neurones dopaminergiques de l'aire tegmentale ventrale (VTA), les neurones sérotoninergiques des noyaux médian et dorsal du raphé ainsi que les neurones noradrénergiques du locus cœruleus

pontin innervent les structures du cerveau antérieur.

Des projections dopaminergiques partent de l'aire tegmentale ventrale vers le NAcc. Le NAcc semble intégrer la motivation dans le comportement ou l'émission motrice et traite l'information concernant l'attribution de la valeur de récompense principale en lien avec des données issues de l'amygdale et du VTA. En plus des monoamines, l'acide gamma-hydroxybutyrique (GABA) inhibiteur et le glutamate exciteur jouent des rôles clés dans la neurotransmission au niveau de ces régions cérébrales, comme c'est le cas également de nombreux neuropeptides comme: la cholecystokinine (CCK), substance P, neurotensine, les peptides opiacés endogènes dont l'enképhaline et la dynorphine. Les neurones dopaminergiques du VTA reçoivent une innervation GABAergique consécutive, intrinsèque via des interneurons locaux et extrinsèque issue du VTA et du Nacc. Le circuit des projections dopaminergiques du VTA vers le NAcc et les projections GABAergiques du NAcc vers le VTA constituent une boucle de rétroaction négative, assurant un mécanisme régulateur pour les sorties issues du VTA. Les interneurons locaux inhibiteurs sont eux-mêmes contrôlés par une innervation enképhalinergique inhibitrice, ce qui permet l'activation des projections issues du VTA par désinhibition. En plus de l'innervation monoaminergique issue du pons et du mésencéphale, le NAcc reçoit des stimulations excitatrices glutamatergiques venant de structures corticales (cortex cingulaire antérieur et préfrontal médian) et sous-corticales (amygdale, thalamus). Le NAcc serait donc le lieu d'intégration de la valeur de récompense, de la motivation et des données affectives, cognitives et sensorielles. En retour, le NAcc envoie des projections inhibitrices GABAergiques vers le pallidum ventral et la substance noire et le VTA, ce qui permettrait de gérer l'exécution du comportement moteur en fonction de ses attributs motivationnels (2).

Les mécanismes dopaminergiques

Les circuits de récompense dopaminergiques (les plus étudiés) constitueraient le principal substrat nerveux conférant à la cocaïne consommée une valeur de récompense, favorisant en retour sa quête et sa consommation répétée. Les circuits dopaminergiques mésolim-

biques et mésocorticaux opèrent en parallèle et interagissent entre eux, ces deux circuits semblent impliqués dans la consommation répétée de substance et en particulier de cocaïne (figure 1, page 21). Le circuit cérébral de récompense inclut de nombreuses structures cérébrales à caractère dopaminergique dont de nombreuses structures limbiques sous-corticales. Les structures cérébrales impliquées sont le VTA, le septum, le NAcc, le pallidum ventral, l'amygdale, le striatum, l'hippocampe, le cortex préfrontal, le gyrus cingulaire antérieur et l'hypothalamus.

Les structures à composantes dopaminergiques principalement impliquées dans l'attribution de la valeur de récompense de la cocaïne et du cocaéthylène sont l'aire tegmentale ventrale et les structures dans lesquelles les neurones dopaminergiques qui en sont issus se projettent soit: le NAcc et le pallidum ventral.

Au niveau du NAcc et du pallidum ventral, la dopamine peut établir des liaisons avec deux sous-types de récepteurs dopaminergiques soit D1 et D2 qui semblent situés sur des neurones différents. L'activation du sous-type D1 conduit à une augmentation d'AMP cyclique intracellulaire par activation d'une enzyme: l'adénylate cyclase via une protéine G stimulatrice. La liaison de la dopamine sur le sous-type D2 active une protéine G inhibitrice qui inhibe la formation d'AMP cyclique. L'AMP cyclique peut activer une protéine kinase A responsable de nombreux effets au niveau cellulaire, à la fois transitoire et à long-terme, comme des changements de la conductance au niveau des canaux ioniques et la régulation de la transcription génique à travers des produits comme c-Fos et c-Jun.

Biochimiquement, la contribution de l'ensemble: récepteur dopaminergique-protéine G-AMPc-Protéine Kinase-A, à l'initiation et le maintien de la quête de cocaïne, a été démontrée dans de nombreux modèles animaux (2).

Les connaissances actuelles, pour la plupart issues de l'expérimentation animale, suggèrent un rôle prépondérant des récepteurs du sous-type D2 dans l'effet de récompense de la cocaïne. Par contre, l'inhibition de l'effet de récompense serait plus souvent obtenu grâce à l'usage d'antagonistes D1 que celui d'antagonistes D2. L'augmentation de la concentration en dopamine dans la fente synaptique provoquerait une hyperactivation des récepteurs à la dopamine post-synap-

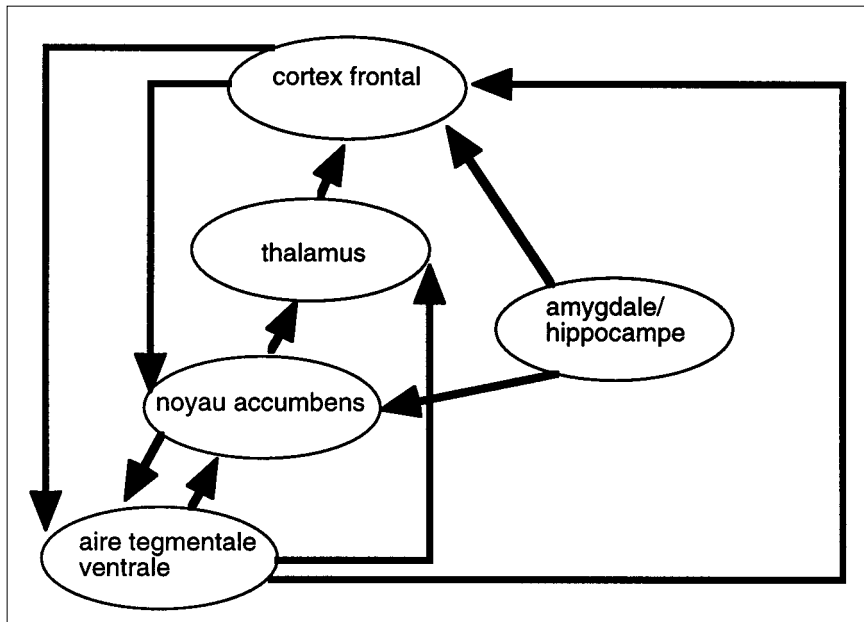


Figure 1: Les interactions entre circuits mésolimbiques et mésocorticaux

tique, particulièrement les récepteurs D3 (3).

Les mécanismes non-dopaminergiques

La cocaïne se liant avec les transporteurs présynaptiques des monoamines, sa présence affecte également la transmission sérotoninergique et noradrénergique au niveau du cerveau antérieur et du cortex cérébral. L'influence sérotoninergique et noradrénergique dans l'attribution de la valeur de récompense de la cocaïne a longtemps été sous-estimée. Toutefois, des travaux sur des souris mutantes ne possédant pas de transporteur pour la dopamine ont montré que ces dernières s'auto-administrent de la cocaïne, ce qui signifie que la valeur de récompense de la cocaïne peut-être attribuée par d'autres circuits que ceux précédemment décrits et suggère un rôle non négligeable des deux autres monoamines dans l'attribution de la valeur de récompense de la cocaïne.

Les derniers travaux se dirigent vers une interaction entre l'activité dopaminergique et sérotoninergique (voire noradrénergique) dans le circuit cérébral de récompense. Par exemple, les souris mutantes dépourvues de récepteurs sérotoninergiques-1b s'auto-administrent plus de cocaïne et d'alcool que celles qui possèdent ce récepteur.

Certains inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (IRSS) comme la fluoxétine (fuctine) diminueraient le besoin impétueux de cocaïne (craving) en simulant certains effets de cette dernière soit en augmentant la sérotonine disponible au

niveau extracellulaire.

Il semble que les récepteurs à la sérotonine de type 5HT1-A soient impliqués dans les propriétés stimulantes de la cocaïne. Le rôle des récepteurs 5HT3 a été évoqué (4). Les opioïdes endogènes (endorphines, enképhalines) semblent également avoir un rôle dans les processus de récompense non seulement pour les opiacés mais également pour d'autres substances comme la cocaïne et l'éthanol. Les opiacés, l'amphétamine et dérivés (metamphétamine, crack, ecstasy) augmentent l'effet de récompense de la cocaïne.

Un antagoniste opiacé, la naltrexone réduit l'euphorie liée à l'injection de cocaïne, diminue le besoin/l'auto-administration de cocaïne et déplace la courbe dose-réponse à la cocaïne vers la droite (aussi observé avec la naloxone). La réduction de l'auto-administration de la cocaïne n'est obtenue que si la naltrexone est injectée au niveau de l'aire tegmentale ventrale, ce qui indique que le système opioïde module les effets de la cocaïne au niveau de l'aire tegmentale ventrale. Parmi les antagonistes opiacés, les antagonistes mu et delta diminuent l'auto-administration de la cocaïne, ils inhiberaient les effets de récompense de la cocaïne. La beta-endorphine serait impliquée dans les processus conduisant au désir/besoin de cocaïne (5).

Administration aiguë de cocaïne - intoxication

La consommation de cocaïne chez un sujet naïf provoque l'activation des cir-

cuits dopaminergiques de la récompense avec libération accrue de dopamine, la cocaïne acquiert ainsi sa valeur de récompense au niveau cérébral. En neuroimagerie, pendant une intoxication aiguë à la cocaïne, on relève une diminution globale du flux cérébral sanguin dans tout le cerveau, y compris le cortex frontal, un effet qui peut-être attribué aux effets vasoconstricteurs de la cocaïne (6). Globalement, les résultats de la neuroimagerie de sujets intoxiqués à la cocaïne relèvent une activation du cortex préfrontal et du gyrus cingulaire antérieur, un effet lié aux propriétés renforçatrices de la cocaïne. Néanmoins, l'activation de ces régions frontales serait liée à l'histoire de la consommation de cocaïne du sujet (plus fréquente chez les abuseurs). L'activation du cortex préfrontal peut traduire la perception subjective de l'intoxication, les effets renforçateurs de la cocaïne ou l'amélioration de l'humeur du sujet (7).

Administration chronique de cocaïne - abus et dépendance

La dépendance à une substance psychoactive est une pathologie complexe résultant d'expositions récurrentes à la substance, modulée par des facteurs génétiques, développementaux et environnementaux. Les changements neurobiologiques qui l'accompagnent ne sont pas bien connus.

Chez le consommateur chronique de cocaïne, l'augmentation de la libération de dopamine au niveau cérébral et l'intensité des effets renforçateurs ressentis ("high") sont moindres (7).

La prise chronique de cocaïne engendre l'expression de gènes habituellement réprimés au niveau du noyau accumbens chez le rat. Cette dépression engendre la production de protéines de la famille Fos, le delta Fos B. Cette protéine accroît la sensibilité à la cocaïne et peut ainsi contribuer à l'addiction à cette drogue.

L'implication de la dopamine dans la dépendance aux substances semble se faire aux moyens de changements fonctionnels et structuraux dans les circuits qui sont modulés par la dopamine, impliquant des structures comme le cortex frontal. En effet, plusieurs travaux en imagerie fonctionnelle relèvent des changements volumétriques/structuraux au niveau du cortex frontal chez des sujets dépendants à la cocaïne ou à

d'autres substances comme l'alcool ou l'héroïne (7). Lors d'intoxication à la cocaïne, la libération de dopamine est accrue non seulement au niveau du NAcc mais également au niveau des régions frontales. Des résultats en imagerie fonctionnelle montrent que le métabolisme du glucose et le flux cérébral sont plus rapides dans le cortex préfrontal, orbitofrontal et le striatum chez des sujets consommant de la cocaïne de façon nocive pour la santé à qui on administre en IV et de façon séquentielle du méthylphénidate, une substance qui produit des effets analogues à la cocaïne. L'activation orbitofrontale n'est observée que chez les sujets chez qui le méthylphénidate induit un désir intense de substance et l'activation du cortex préfrontal est enregistrée chez les sujets chez qui le méthylphénidate administré améliore l'humeur.

L'activation du cortex frontal en neuroimagerie n'est pas seulement obtenu lors de l'administration aiguë de cocaïne (intoxication) mais également lors du craving chez les consommateurs chroniques de cocaïne. Le craving ou désir de substance est associé aux réflexes conditionnés ou réponses acquises qui lient la substance et son environnement à un plaisir ou à une expérience de toute puissance intense. Les substrats neuroanatomiques impliqués dans la consolidation de cette mémoire sont l'amygdale et l'hippocampe mais l'activation du circuit thalamo-orbitofrontal et du cortex cingulaire antérieur fixerait l'importance de l'expérience de craving vécue (7).

Plusieurs études utilisant des techniques de neuroimagerie différentes ont reporté une activation des zones frontolimbiques avec des cocaïnomanes exposés à des enregistrements vidéo présentant différents stimuli associés à la consommation de cocaïne (8-12). De même, la description par des cocaïnomanes de leur technique de préparation de la cocaïne engendre une activation du cortex orbitofrontal (13).

Le désir ou craving peut être lié au souvenir d'une expérience émotionnelle forte liée à la cocaïne mais aussi à l'anticipation d'une récompense future qui serait obtenue en consommant.

L'importance des réflexes conditionnés liés à la cocaïne peut expliquer en partie les rechutes fréquentes des cocaïnomanes.

Chez des cocaïnomanes abstinents

depuis moins d'une semaine, plus le désir de cocaïne est important plus on observe une activation du cortex orbitofrontal et du striatum (14).

Un groupe d'anciens cocaïnomanes et un groupe témoin ont été soumis à des stimuli neutres (vision d'une vidéo sur la nature) et à des excitations spécifiques (vision de sujets s'administrant la cocaïne). Les données de la neuroimagerie indiquent que seuls les anciens cocaïnomanes ont immédiatement présenté une hyperactivité de plusieurs régions cérébrales, en particulier dans le cortex préfrontal dorsolatéral, lors du visionnage de la cassette sur la cocaïne. Ces zones sont impliquées dans le processus de mémoire et d'apprentissage. Une bonne corrélation a été notée entre l'intensité subjective du craving relevée par les patients et l'hyperactivité cérébrale mesurée. Cette étude démontre l'importance de la trace laissée par la cocaïne dans le cerveau.

L'administration compulsive de cocaïne "bingeing", cette perte de contrôle qui existe même quand la cocaïne n'est plus perçue comme un plaisir implique des circuits dopaminergiques, sérotoninergiques et glutamatergiques, voire peut-être le circuit thalamo-orbitofrontal et le cortex cingulaire antérieur. Il n'existe pas actuellement de données issues de la neuroimagerie ciblées sur ces consommations compulsives chez l'homme.

Le syndrome de manque ou le sevrage consécutif à la diminution de la concentration en cocaïne dans l'organisme, et donc de ses effets chez le sujet consom-

mateur régulier, implique des circuits corticaux frontaux et les neurotransmetteurs comme la dopamine, la sérotonine et les facteurs de libération de la corticotropine. En neuroimagerie, une diminution du flux sanguin cérébral a été observée pendant le sevrage de consommateurs chroniques de cocaïne (14). Les mesures du métabolisme du glucose après 1 à 6 semaines d'abstinence indiquent une diminution du métabolisme dans l'ensemble du cerveau et en particulier au niveau du cortex frontal (15).

Par ailleurs, après 1 à 4 mois d'abstinence, on constate une diminution de la réponse à la dopamine au niveau du striatum et du nombre de récepteurs à la dopamine au niveau du striatum chez des anciens consommateurs chroniques de cocaïne. On a observé que la diminution du nombre de récepteurs D2 au niveau du striatum était associée à la diminution d'activité métabolique au niveau du cortex orbitofrontal et du gyrus cingulaire antérieur chez des sujets en sevrage anciennement dépendants à la cocaïne (16). Les circuits dopaminergiques sont impliqués dans le sevrage.

L'ensemble de ces données permet de résumer les liens entre les différents événements liés à la consommation de cocaïne et les structures nerveuses qui leur servent de substrat (Figure 2).

La bibliographie peut être commandée au GREAT au 024 426 34 34 e-mail: great.aria@span.ch

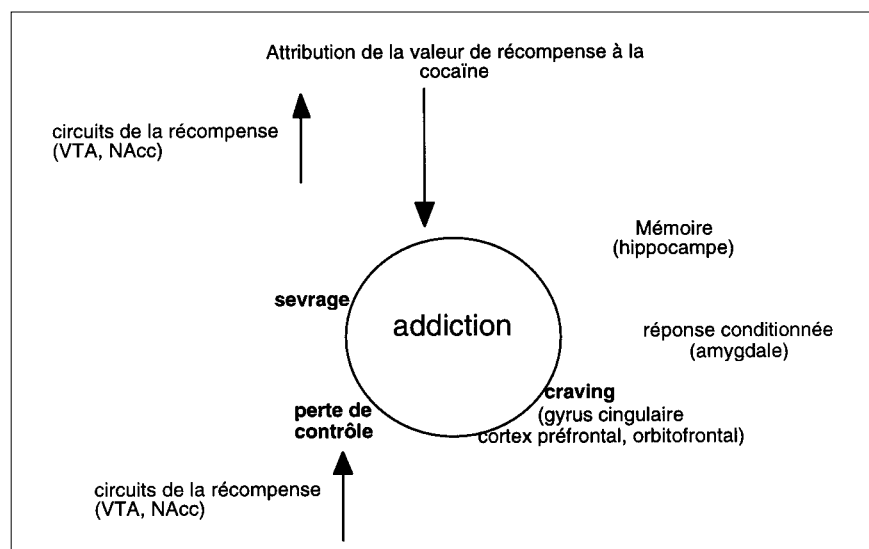


Figure 2

La cocaïne : mise à l'épreuve du dispositif d'aide d'une petite ville

Christian Moeckli, Directeur du Drop-in de Bienne, Réseau Contact

Bienne, petite ville bilingue (80'000 habitants en comptant l'agglomération) dispose d'un réseau d'aide en matière de dépendances bien développé et diversifié, dont les dimensions modestes permettent une bonne mise en réseau des différents partenaires.

La question qui nous préoccupe ici est de savoir si l'augmentation de la consommation de cocaïne affecte ce dispositif et le cas échéant comment et dans quelle mesure.

Augmentation de la consommation de cocaïne

Indéniablement, le marché de la cocaïne fleurit dans nos villes. Les prix ont sensiblement baissé, l'offre est abondante, les saisies de la police sont considérables. Ces trois indices nous apprennent que ce marché noir hautement cartellisé se porte bien et qu'il a réussi à élargir sa clientèle. La cocaïne s'est «démocratisée» et, si les stratèges de ce marché noir ont bien réussi leur coup, c'est parce que l'effet de ce produit est dans l'air du temps. La cocaïne correspond parfaitement à la frénésie et l'accélération permanente de notre société.

Afin de mieux comprendre la composition de cette nouvelle clientèle, passons rapidement en revue les données principales fournies par quelques instances du système d'aide de Bienne.

Suivi psychosocial ambulatoire

Les statistiques du centre de consultation ambulatoire (suivi psychosocial et psychothérapeutique, thérapies de famille, soutien juridique) révèlent effectivement une augmentation ces deux à trois dernières années de la consommation de cocaïne par les clients du centre. En 2001, un quart de ses usagers-ères annoncent la cocaïne (crack et freebase inclus) comme «substance problématique». Nos usagers-ères consomment plus facilement et plus régulièrement de la cocaïne. Mais la nature même du tra-

vail relationnel et les objectifs du suivi ambulatoire n'en sont pas modifiés.

Le suivi par le centre de consultation fonctionne à un seuil relativement élevé, il se construit à moyen-long terme, de manière individualisée. Cela explique probablement que les consommateurs de cocaïne qui consomment de manière impulsive et non-contrôlée ne viennent pas au centre de consultation ambulatoire – en tout cas pas pendant une telle phase de consommation massive.

Les autres consommateurs de cocaïne, c'est-à-dire celles et ceux qui la prennent principalement en cocktail avec l'héroïne et comme «extra» pendant leur programme de substitution mais qui ne cèdent pas à une consommation compulsive, forment un groupe relativement important. Des comparaisons inter-cantoniales romandes permettent d'affirmer que 30 à 40% des consommateurs d'opiacés consomment également de la cocaïne.

Pour ces personnes, la cocaïne n'est certes qu'un des aspects de leur vécu problématique. Cependant, elle vient compliquer la prise en charge. Citons à ce propos le COROMA (Collège Romand de Médecine de l'Addiction) qui dit dans bulletin de mars 2002 au sujet du traitement de la cocaïnomanie: «La prise en charge des cocaïnomanes nécessite une intervention précoce, directive et multiple, s'attaquant conjointement aux problèmes biologiques, psychologiques, sociaux et comportementaux. Les expériences rapportées par divers centres de traitement pour sujets toxico-dépendants sont compa-

rables.

En 1999, à la Division d'abus de substances de Genève, nous reportions un suivi des sujets co-dépendants cocaïne/héroïne difficile car une proportion élevée d'entre eux interrompaient prématurément leur traitement. Leur état de santé général était mauvais. Les données psychiatriques et psychologiques relevaient des troubles mentaux importants avec une prévalence de troubles anxieux, particulièrement chez les femmes. On relevait également des épisodes psychotiques et maniaques consécutifs à la consommation de cocaïne. (...)

Les difficultés les plus fréquentes observées chez les patients cocaïnomanes sont: ruptures affectives, renvois professionnels, pertes de logement ou encore incarcérations pour des délits en relation avec un besoin urgent d'argent, séroconversion HIV malgré une bonne connaissance des risques en raison du besoin compulsif immédiat de cocaïne, des décompensations dépressives avec tentatives de suicide, des crises paranoïaques nécessitant un internement psychiatrique, etc.».

Du point de vue du suivi ambulatoire non-médicalisé qu'offre le centre de consultation du Drop-in de Bienne, cette citation illustre bien ce que nous constatons depuis quelque temps: il y a une faille dans le réseau.

Collaboration inter-institutionnelle

Le fossé qui sépare nos interventions psychosociales des structures psychiatriques médicalisées est trop grand. Cette séparation ne tient pas compte des situations que nous venons de décrire (en particulier lors de sevrage de la cocaïne) ni d'ailleurs des très nombreux cas de double-diagnostic. Nous constatons que les institutions médicales et psychiatriques d'un côté, et les centres psychosociaux spécialisés en toxicomanies de l'autre, travaillent dans des vases encore trop clos. L'association étroite des deux types d'intervention améliorerait l'efficacité de la prise en charge du client-patient. Cela nécessite de nouvelles collaborations inter-institutionnelles et inter-disciplinaires.

Par ailleurs, nous faisons un constat semblable dans un tout autre registre, à savoir celui de la consommation massive de cannabis par des adolescents: le fossé entre les services spécialisés en toxicodépendances et la psychiatrie des adoles-

cents est grand.

De nouvelles formes de prises en charge s'imposent, là aussi inter-disciplinaires et inter-institutionnelles. L'on pourrait s'imaginer des «équipes mobiles», composées par des professionnels des différentes institutions. Une sorte de cellule de compétence qui pourrait aller à la rencontre des patients-clients avec une approche globale...

Travail de rue, local d'injection et d'inhalation

Risques médicaux

La consommation intense de cocaïne, que celle-ci soit injectée pure ou en cocktail avec l'héroïne, sniffée ou inhalée sous forme de crack ou de freebase, peut être



Photo Interfoto

La cocaïne correspond à la frénésie et à l'accélération de notre société

impulsive et mal-contrôlée jusqu'à l'excès. Ceci pose de nouveaux problèmes médicaux et d'ordre public - ou plutôt repose les vieux problèmes des risques encourus avec une nouvelle acuité.

Une consommation excessive de cocaïne peut pousser la personne à se faire plus de 20, voire 30 injections en une journée. Cette perte de maîtrise signifie forcément que les mesures d'hygiène et de protection contre les infections sont abandonnées. Dans la précipitation, des risques inconsidérés sont pris (seringues réutilisées, partagées et abandonnées), avec toutes les conséquences médicales que cela signifie (VIH, hép. B et C). Il va sans dire que l'état de santé général des personnes concernées en est fortement aggravé.

L'expérience montre que l'offre d'injection et d'inhalation répond aux défis posés par la cocaïne

Nervosité générale

Une présence massive de cocaïne sur le marché noir se traduit par une nervosité générale dans la scène. Si en plus l'héroïne vient à manquer, les consommateurs se rabattent sur l'alcool et des médicaments (Rohypnol, Dormicum, Ritaline, e.a.) acquis illégalement. Ces médicaments sont le plus souvent fumés. Les effets de ces substances se conjuguent et renforcent les effets négatifs de la cocaïne: anxiété, agressivité, comportements paranoïaques.

Citons encore une fois ce même bulletin du COROMA à ce sujet: «La cocaïne entraîne un accroissement considérable du nombre des récepteurs opioïdes dans le cerveau, ce qui explique que sans adaptation du dosage de la méthadone, celle-ci reste insuffisante pour maintenir un équilibre satisfaisant. C'est un cercle vicieux car le patient, pour compenser, a tendance à recourir davantage à la cocaïne et à l'alcool».

Un cercle vicieux donc qui produit une tension tangible dans l'ensemble de la scène. Et qui rend le travail relationnel difficile. Les contacts en milieu ouvert et les possibilités d'encadrement dans les lieux à bas seuil en souffrent.

Ordre public

Seringues

Comme nous venons de le mentionner, un certain nombre de consommateurs compulsifs perd la maîtrise des gestes de bases de la réduction des risques: les seringues sont réutilisées voire partagées et le nombre de seringues qui traînent dans les lieux publics augmente. A Bienne, seul un tout petit nombre des seringues distribuées et vendues n'est pas ramené et détruit dans les règles de l'art. Sur environ 300 seringues distribuées par jour, seule une dizaine (pointage détaillé réalisé sur 6 mois en 2000 en collaboration avec la voirie) est retrouvée dans les lieux publics (toilettes etc.), et parmi celles-ci seulement 1 à 2 se retrouvent sur la voie publique (trottoir etc.). Or, ces chiffres se sont malheureusement légèrement aggravés depuis 2000, malgré des efforts accrus de sensibilisation, et les différents partenaires concernés concordent pour imputer cette évolution à l'augmentation de la consommation de cocaïne.

«Scènes» d'inhalation

Plusieurs grandes villes suisses qui disposent de locaux d'injection (notamment

Bâle et Zurich) sont confrontées depuis quelques années – plus précisément depuis la chute des prix de la cocaïne – à un nouveau problème d'ordre public: la cocaïne est de plus en plus souvent inhalée (sous forme de crack ou de freebase). Mais, cette forme de consommation n'est pas admise dans les locaux d'injection. Les locaux d'injection ne sont pas prévus pour accueillir les personnes qui sniffent ou inhalent, pour des raisons conceptuelles et architecturales. Les adaptations nécessitent des investissements financiers que les pouvoirs publics sont le plus souvent réticents à concéder, parfois avec une argumentation douteuse. Par exemple, l'institution bâloise qui gère les locaux d'injection a pendant plusieurs années tenté en vain d'obtenir l'autorisation d'admettre les inhalateurs dans ses locaux. Les pouvoirs publics refusaient cette autorisation sous prétexte que les locaux d'injection avaient principalement une mission de lutte contre les maladies infectieuses (Sida), et que l'admission des inhalateurs ne participait pas de cette tâche.

Les locaux d'injection ne pouvant accueillir ces personnes, celles-ci se retrouvent devant la porte, formant ainsi ce que le voisinage ne manquera pas de qualifier de «scène ouverte».

Entre-temps, Bienne, Olten et Zurich ont successivement ouvert leurs structures de consommation à moindres risques à ces populations. Cette évolution a certainement été facilitée grâce à une nouvelle argumentation par les responsables des offres de réduction des risques. Autrefois essentiellement orientées sur la défense des intérêts des consommateurs et de leur santé, les offres de réduction des risques intègrent aujourd'hui plus facilement les intérêts de l'ensemble de la population (pas de scène ouverte, moins d'incommodités visuelles (!) ni dérangements par des personnes qui s'injectent dans des escaliers d'immeubles, etc.). A notre avis, ce changement concerne principalement la légitimité et la justification des offres, sans en affecter ni les objectifs ni l'organisation du travail. Les concepts de réduction des risques actuels sont donc un savant dosage entre les impératifs de santé publique et de politique sociale et ceux de l'ordre public.

A Bienne, le local d'injection et d'inhalation est ouvert depuis un peu plus d'une année. L'expérience nous montre que cette double offre répond bien aux défis posés par la cocaïne. Les deux parties (injection et inhalation) sont fortement sollicitées. Dans le local d'injec-

tion, la consommation de cocaïne a depuis le début régulièrement augmenté par rapport à celle de l'héroïne, jusque même à la dépasser en importance. Dans la «cage» d'inhalation (l'espace prévu pour l'inhalation est séparé par des vitres du reste du local) la consommation de cocaïne représente environ 10% des consommations, contre 25% à 30% de consommation de médicaments et 65% d'inhalation d'héroïne.

La brusque chute de la consommation d'héroïne en juin 2002 (contraction du marché noir) n'a pas été compensée par plus de cocaïne, mais bien par plus de médicaments. Ces chiffres étonnent dans le sens où l'on se serait attendu – au vu justement de l'augmentation de la cocaïne sur le marché – à une proportion de cocaïne inhalée plus forte. Nous pouvons heureusement constater que la vague de crack tant décriée aux Etats-Unis il y a 10 ans a certes commencé à toucher nos voisins (surtout les grandes villes d'Allemagne), mais que cette variante de consommation est restée pour le moment encore assez marginale en Suisse. L'évaluation du local d'injection et d'inhalation biennois sera disponible fin novembre en allemand et vraisemblablement en français au début 2003: www.reseaucontact.ch

Milieus 'techno et night-life'

A notre avis, le domaine où la cocaïne a le plus fortement modifié la donne ou le fera encore ces prochaines années est celui des milieux night-life et techno. Cet été, nous avons réalisé une petite enquête pour cerner l'état des connaissances sur cette question. Nous avons dû constater que d'une part le tableau des connaissances épidémiologiques est totalement lacunaire et ne permet aucune vision d'ensemble actualisée, tandis que d'autre part les rares études font état d'une situation critique et en rapide aggravation. En Suisse, le 'on-site testing' de substances (Pilote-e, lancé par le Contact Réseau en 1998/99) a révélé que 2/3 des consommateurs de substances illégales (hors cannabis) ne consomment jamais de la cocaïne. Un tiers par contre en consomme régulièrement en combinaison avec du MDMA (Ecstasy). 5% indiquent combiner la plupart du temps la consommation de MDMA avec de la cocaïne, et 2% toujours. En 2002, une nouvelle série de ces testings dans les milieux night-life de Zurich constate que, parmi les

consommateurs de substances psychoactives, 25% ont déjà fait des expériences avec la cocaïne. Une enquête auprès de 'party-people' dans 7 métropoles européennes (dont Zurich) de 2000 fait état d'une prévalence-vie de 35 à 40% de consommation de cocaïne. Ce qui veut dire que 3 à 4 personnes sur dix qui fréquentent ces milieux (tous, et non pas seulement les consommateurs parmi eux!) ont déjà essayé la cocaïne. Pis, Trimbos (un observatoire hollandais) nous rapporte dans le «national drug monitor 2001»: "From Amsterdam there are reports about a rise in popularity of cocaine in the 'club culture'. According to the 1998 Antenna monitor, 24 percent of young people aged around 25 years, who frequent clubs, parties and discos in Amsterdam, had used cocaine in the month prior to the interview, compared to 14 percent in 1995"¹. Ces 24% concernent donc bel et bien une consommation effective dans le mois écoulé. La même enquête parle d'une prévalence-vie de cette population de 48%!

Une seule bonne nouvelle transperce quelque peu ces nuages noirs : la Suisse participe via l'Institut de recherche sur les dépendances, ISF de Zurich à une étude européenne qui devra donner des indications précises et formuler des recommandations portant sur la prise en charge des différents groupes-cibles concernés. Pour plus d'information: www.uke.uni-hamburg.de

Quoi qu'il en soit, il apparaît déjà maintenant clairement que nous devons rapidement formuler des interventions dans ces domaines. Nous devons malheureusement partir du principe que parmi les 'ravers' et les 'fêteurs', 20% à 80% consomment des substances illégales (hors cannabis), et que parmi ces personnes-là, environ 10% ont des comportements addictifs lourds et chronicisés avec des substances 'dures' telles qu'héroïne, cocaïne et amphétamines. Ces milieux sont pour le moment étonnement bien intégrés, peu visibles et par conséquent peu connus du grand public. Mais ceci peut rapidement changer.

Le Drop-in de Bienne investit déjà ce secteur, en collaboration avec quelques autres institutions en Suisse. Les axes de travail et les niveaux d'intervention sont entre-temps assez bien définis (travail avec des pairs, testing, mises en réseau et échange de données, cours et formation, charte des organisateurs de soirée). Cependant, les moyens engagés sont encore très faibles.

Et la répression ?

Avant de conclure, osons un bref détour et mettons en évidence les difficultés rencontrées du côté du contrôle de l'offre. Différents corps de polices municipales (à notre connaissance en tout cas Berne, Bienne, Lausanne et Zurich) lancent des avertissements depuis bientôt deux ans et mettent le doigt sur l'éclosion d'un nouveau marché de la cocaïne. Celui-ci est agressif dans sa stratégie marketing, extrêmement bien organisé, totalement contrôlé par des organisations criminelles qui recrutent pour la petite distribution de jeunes africains mineurs (ou presque) qui n'ont rien à perdre à part leur dignité.

Nous partons du constat que le contrôle de l'offre est important; il participe dans une mesure non négligeable à la diminution de la consommation. La législation actuelle étant ce qu'elle est (je vous signale en passant que le dernier mot sur la révision de la Lstup n'est pas encore dit et que le monde professionnel doit rapidement se mobiliser s'il veut au moins faire passer la dépénalisation de la consommation – à mon avis une condition sine qua non pour une politique humaniste et réaliste des dépendances), dans la situation légale actuelle donc, le contrôle de l'offre passe forcément par des activités répressives sur les grands et petits commerçants.

Or, la marge de manœuvre de la police dans ce domaine nous paraît bien mince. «Ne rien faire», ferait rapidement dégénérer la situation sur le marché illégal. Les marges bénéficiaires y sont en effet telles qu'il ne faut pas espérer que le marché s'autorégule et stagne à un certain niveau. Les réactions lausannoises concernant la rue dans laquelle ce deal se situe ont de plus montré que l'inaction de la police fait le lit d'une rapide dégénération du débat en termes racistes et xénophobes.

De l'autre côté, «trop faire» est non seulement extrêmement coûteux mais également très frustrant pour la police. Un véritable travail de Sisyphe sans effets durables tangibles, qui de plus se situe souvent à l'extrême limite de la législation ou de la décence humaine (p. ex. des arrestations en pleine rue avec prises à la gorge, afin d'empêcher le dealer supposé avaler sa boulette de cocaïne...). De surcroît, il est probable que ce marché de trottoir ne constitue qu'une infime partie du marché global de la cocaïne.

A Berne, des discussions récemment

menées avec toutes les parties concernées (travail social, asile, milieux anti-racistes, police) ont pour le moment débouché sur un amer constat d'impuissance. Les pistes d'amélioration existeraient pourtant, mais elles coûtent très cher (actions policières ciblées, raccourcissement de la chaîne pénale, mesures d'intégration socioprofessionnelle pour ces «dealers importés», etc.).

Conclusion

En conclusion, il serait certainement faux de dire que l'augmentation massive de la consommation de cocaïne bloque ou court-circuite le système d'aide en matière de dépendances et les moyens de lutte contre les problèmes des drogues illégales. Au contraire, nous pouvons constater que l'ensemble du système s'est adapté à un rythme soutenu à ces changements:

- Dans le domaine du suivi ambulatoire, nous avons constaté la nécessité de mieux collaborer avec les services psychiatriques médicalisés et de concrétiser des offres interdisciplinaires communes.
- Du côté de la réduction des risques, nous avons dû innover en mettant sur pied des locaux pour l'inhalation.
- Dans le monde du techno et des 'parties', notre investissement en prévention secondaire nous a fait prendre conscience d'une spectaculaire montée de l'usage de la cocaïne et des amphétamines.
- Globalement, nous avons pu expérimentement qu'une bonne collaboration avec tous les partenaires peut faciliter une gestion raisonnable d'une situation nouvelle et permet d'empêcher les excès idéologiques d'antan.

Notre système d'aide d'aujourd'hui n'a que peu de choses en commun avec celui d'il y a dix ans. Mais les changements continuent et notre innovation doit continuer.

Notes

1) Il est reporté d'Amsterdam que la cocaïne y gagne en popularité dans les clubs. Selon le monitoring de «Antenna» de 1998, 24% des jeunes âgés d'environ 25 ans qui y fréquentent les clubs, discos et fêtes ont consommé de la cocaïne pendant le mois qui précédait l'enquête. En 1995, ce chiffre était encore de 14%.

Le traitement de la cocaïnomanie: l'exemple de la Fondation Phénix

Jean-Jacques Déglon, médecin-directeur de la Fondation Phénix, Genève

De plus en plus de patients cocaïnomanes sont motivés à se sevrer et demandent un traitement. Mais la cocaïnomanie est une affection complexe entraînant des modifications neurobiologiques de longue durée dans le cerveau, ainsi que de nombreux problèmes psychologiques, sociaux et familiaux. En conséquence, un traitement cohérent de la cocaïnomanie doit prendre en charge tous ces facteurs et répondre spécifiquement à ces différents problèmes.

L'expérience de la Fondation Phénix

L'expérience que nous avons acquise dans nos différents centres ces dernières années nous prouve l'importance dans la prise en charge des cocaïnomanes d'une intervention précoce, directive et multiple, s'attaquant conjointement aux différents problèmes biologiques, psychologiques, sociaux et comportementaux induits par l'abus de cocaïne.

En fonction de la disponibilité de la cocaïne sur le marché noir, l'usage de cette drogue parmi nos patients en cure de méthadone a fortement progressé ces dernières années. Actuellement, pour une journée de contrôles d'urine, nous constatons entre 15 et 30 % d'analyses positives pour la cocaïne. Si, pour les deux tiers des patients concernés, il s'agit plus d'un usage occasionnel, pour un tiers d'entre eux, cette consommation traduit une sérieuse dépendance avec prises quotidiennes.

Nos équipes ont dû affronter à l'accueil les difficultés nouvelles créées par ces patients paranoïdes, interprétatifs, méfiants, hypersensibles aux frustrations, s'imposant avec force et agressivité. Quelques patients cocaïnomanes ont monopolisé durablement plusieurs thérapeutes au détriment des autres patients, pour finalement les mettre en échec.

Nous avons mis des années pour résoudre avec eux de difficiles problèmes professionnels, familiaux, sociaux et de logement. En quelques mois, parfois en quelques semaines, sous l'effet de la cocaïne, les patients peuvent démolir tous ces acquis. Nous assistons

fréquemment à des ruptures affectives, des renvois professionnels, des pertes de logement ou, plus gravement, des incarcérations pour des délits en relation avec un besoin urgent d'argent, des séroconversions HIV malgré une bonne connaissance des risques, des décompensations dépressives avec tentatives de suicide, des crises paranoïaques nécessitant un internement psychiatrique, etc. Nous avons aussi déploré de graves atteintes somatiques (rhabdomyolyse, troubles cardiaques avec décès, etc.).

La question se pose de l'influence de la méthadone sur la cocaïnomanie. Nous savons que, comme l'alcool, elle renforce les effets de la cocaïne (9,22,29). A partir d'un certain dosage de méthadone, l'héroïne n'exerce plus d'effet euphorisant et les patients, s'ils éprouvent le besoin d'une psychostimulation pour «se sentir» ou lutter contre des sentiments anxieux ou dépressifs, sont alors tentés de recourir à la cocaïne.

Nous avons pris conscience que nos techniques psychothérapeutiques classiques et les attitudes d'écoute bienveillantes étaient non seulement insuffisantes, mais pouvaient être assimilées à non-assistance à personnes en danger. Car nos bons conseils n'empêchent pas la plupart des cocaïnomanes gravement dépendants de se noyer progressivement dans les sables mouvants de la cocaïne. Nous avons alors réalisé la nécessité pour eux d'une ingénierie thérapeutique, véritable course contre la mort.

Cette notion est opposée à la neutralité bienveillante enseignée par nos maîtres et aussi au respect des différents stades de motivation que les toxicomanes doi-

vent progressivement atteindre avant d'être eux-mêmes convaincus de la nécessité d'une abstinence durable des drogues et vraiment motivés pour cela.

Mais la cocaïne nous force à adapter nos méthodes thérapeutiques car elle présente la spécificité de sensibiliser le cerveau à son usage. Les premières prises de cocaïne sensibilisent le système à dopamine et renforcent l'action de cette drogue. Puis la prise répétée de cocaïne active certains gènes qui stimulent la production de protéines delta-Fos B. Ces protéines accroissent la sensibilité du cerveau à la cocaïne en aggravant sérieusement l'addiction. D'où l'importance sur le plan clinique de ne pas laisser se développer un usage abusif de cocaïne qui entraîne une dépendance de plus en plus forte et donc de plus en plus difficile à traiter.

Suite à de nombreuses discussions entre nous, nous avons décidé d'une stratégie thérapeutique définie par quatre phases spécifiques.

De routine, pour les patients en cure de méthadone, nous contrôlons les prises de cocaïne par des analyses d'urine et/ou de salive au minimum une fois par mois. En cas de résultat positif, les patients sont contrôlés chaque semaine, voire deux fois par semaine en cas de répétition des prises.

Dès le premier résultat positif, nous intervenons immédiatement pour déterminer les conditions de la prise (récréative, «accidentelle», liée à un début de trafic ou motivée par le début d'un état dépressif). Nous informons soigneusement les intéressés des effets et des dangers de la cocaïne et adaptons éventuellement le traitement par une augmentation du dosage de méthadone (25) et/ou la prescription d'un antidépresseur si elle se justifie.

Phase 1

Si l'usage de cocaïne persiste, nous évaluons l'importance du problème et les moyens thérapeutiques à mettre en place selon les critères suivants:

- Situation socioprofessionnelle, état physique, sévérité de la dépendance, voie d'administration de la drogue, prise conjointe d'alcool ou d'autres drogues, comorbidité psychiatrique et degré de motivation.

En fonction de ce bilan, nous proposons tout ou partie du protocole de traitement suivant:

- Redéfinition du cadre thérapeutique avec passage au centre tous les jours et contrôles d'urine deux à trois fois par semaine.
- Augmentation du dosage de la méthadone (10 à 20 %).
- Prescription éventuelle d'un médicament spécifique (voir plus loin).
- Plus grande fréquence des entretiens thérapeutiques individuels.
- Prise en charge corporelle (acupuncture auriculaire, massages).
- Intensification de l'aide sociale.
- Participation à un groupe de psychothérapie cognitive et comportementale visant à la prévention de la rechute et à une meilleure maîtrise des pulsions (voir plus loin).

La cocaïne nous force à adapter nos méthodes thérapeutiques car elle sensibilise le cerveau à son usage



Photo Interfoto

Des activités sportives peuvent renforcer la maîtrise des pulsions toxicomaniaques

Phase 2

En cas d'échec de ces différentes actions thérapeutiques, nous n'hésitons plus à convaincre fermement le patient d'une hospitalisation d'un minimum d'un mois dans un milieu protégé de toutes tentations, si possible médical et spécialisé. Quatre semaines représentent la durée minimale pour que les dysfonctionnements neurobiologiques causés par l'usage répété de cocaïne se régularisent en partie et que les pulsions obsédantes souvent incontrôlables pour la cocaïne (craving) se réduisent au point d'être plus facilement maîtrisables.

Phase 3

Pour limiter les risques d'une rechute à la sortie de la clinique, nous proposons aux patients la phase 3 dont le but est le maintien de l'abstinence par la poursuite

d'une prise en charge ambulatoire intensive, avec la participation à un groupe de prévention de la rechute.

Mais il faut avouer que malgré ces trois phases, les résultats de nos prises en charge, aussi excellents soient-ils dans la réduction des prises d'héroïne, restent très décevants sur le plan de l'usage de cocaïne. Malgré la stricte application de ce protocole, plus de la moitié des cocaïnomanes rechutent et n'arrivent pas à maintenir une abstinence à long terme. C'est pourquoi nous envisageons pour ces derniers une phase spécifique.

Phase 4

Les patients gravement dépendants de la cocaïne, ceux qui présentent une comorbidité psychiatrique et ceux qui n'arrivent pas à maintenir une abstinence durable par un traitement ambulatoire devraient bénéficier d'un séjour résidentiel d'un minimum de quatre à six mois dans une institution spécialisée. En effet, ils ont besoin d'un cadre protecteur pour pouvoir «plâtrer leur cerveau» le temps nécessaire à un rééquilibrage neurobiologique qui va permettre progressivement un effacement de ce «craving» obsédant pour la cocaïne. Des plaisirs de substitution comme des activités sportives, un travail sur le corps (fitness, massages), des activités récréatives (artisanat, art thérapie) ainsi qu'une prise en charge intensive sur le plan cognitivo-comportemental devraient renforcer les capacités de maîtrise des pulsions toxicomaniaques dans le but de limiter les risques de rechute à la sortie.

Certains centres thérapeutiques visant l'abstinence totale pourraient facilement être adaptés à cette nouvelle clientèle avec la possibilité de poursuivre les prises de méthadone pour les patients en cure de substitution.

Psychothérapies et interventions comportementales

De nombreux traitements comportementaux ont démontré leur efficacité pour réduire la dépendance à la cocaïne, que ce soit sur le plan résidentiel ou ambulatoire. Il faut dire que faute d'une médication spécifique, ces traitements représentent aujourd'hui la seule solution existante présentant des résultats prouvés (17,19).

L'efficacité de diverses psychothérapies a été étudiée aux Etats-Unis (7). Le NIDA a supervisé une recherche mesu-

rant l'efficacité de quatre types de traitement dans cinq centres portant sur plusieurs centaines de patients: un groupe de conseils seul, un groupe de conseils associé avec un soutien individuel, un groupe de conseils associé avec une thérapie cognitivo-comportementale et un groupe de conseils associé à une thérapie de «soutien de l'expression» (supportive expressive psychotherapy).

Les meilleurs résultats ont été obtenus par le groupe de conseils combiné à un soutien individuel.

CST: cocaïne specific coping skills training

Le plus souvent, la pulsion pour la cocaïne est associée à une stimulation identifiable qui déclenche l'usage de drogues (16). Une recherche comportementale dans le cadre du NIDA a mené au développement d'une technique thérapeutique spécifique (CST: cocaïne specific coping skills training) (21) qui aide les cocaïnomanes à contrôler leurs prises de drogues par la reconnaissance de ces situations à haut risque et l'apprentissage d'un comportement permettant de maîtriser les pulsions engendrées. Les patients ayant bénéficié de cette technique thérapeutique présentent des rechutes plus courtes et moins sévères que les autres sujets.

La thérapie de la récompense

Une thérapie comportementale qui a démontré des succès notables chez bien des cocaïnomanes se base sur le principe de la récompense. Le but est de retenir les patients en traitement et de les amener à l'abstinence durable en les motivant par des bons cadeaux.

En fonction de l'abstinence de la cocaïne prouvée par des analyses d'urine régulières, les patients gagnent des points qui peuvent être échangés contre des bons pour d'autres plaisirs plus sains comme des livres, des entrées dans un fitness, un cinéma ou un restaurant. Plusieurs études démontrent des résultats nettement meilleurs pour cette thérapie comportementale comparée à d'autres approches.

L'acupuncture auriculaire

Cette technique est largement utilisée pour traiter les cocaïnomanes avec des résultats contradictoires selon les études. Une étude (2) portant sur 82 patients, publiée en 2000, confirme l'efficacité de ces traitements. Le groupe acupuncture avec les aiguilles insérées en quatre

points précis des oreilles présentait une meilleure abstinence la dernière semaine de l'étude comparé à un groupe de patients pour lesquels les aiguilles étaient insérées dans quatre points quelconques et un groupe de relaxation.

Mais une seconde étude publiée en 2002 (18), mieux contrôlée et randomisée, portant sur 620 patients répartis dans les mêmes trois groupes, ne montre pas de résultats significativement différents entre les groupes étudiés.

Les traitements pharmacologiques

Malheureusement, à l'heure actuelle, aucun médicament spécifique n'a fait la preuve de son efficacité pour traiter la dépendance à la cocaïne (30). Une cinquantaine de médicaments ont été ou sont testés avec des résultats décevants et contradictoires selon les études. C'est pourquoi les équipes de chercheurs poursuivent d'intenses recherches pour mettre au point de nouvelles molécules sûres et efficaces.

Deux problèmes doivent être résolus dans la prise en charge des patients cocaïnomanes: le traitement des manifestations cliniques du sevrage puis le maintien durable de l'abstinence par un traitement pharmacologique adéquat associé à une prise en charge comportementale (1,4,5).

Syndrome de sevrage

Contrairement à ce qui a été longtemps prétendu, il existe bel et bien un syndrome de sevrage de la cocaïne, cependant très différent de celui des opiacés. Des dérèglements neurobiologiques entraînent des symptômes dont l'expression est plutôt d'ordre psychique: essentiellement de l'anxiété, des variations d'humeur, de la fatigue, une anhédonie (absence de plaisir) et des troubles du sommeil. Il peut parfois constituer un véritable syndrome dépressif survenant quelques jours après l'arrêt et pouvant durer plusieurs semaines. Le traitement de ce syndrome de sevrage est relativement facile car souvent les manifestations cliniques sont modérées à faibles. La plupart des sujets sont fatigués pendant quelques jours et récupèrent progressivement par un simple repos, si possible dans un milieu protégé. Dans les cas plus rares de manifestations sévères de dépression avec danger suicidaire, une hospitalisation s'impose dans un

centre spécialisé.

En cas de symptômes de sevrage marqués, le propranolol, un bêta-bloquant, diminue les symptômes de sevrage de la cocaïne et peut ainsi limiter les risques de rechute immédiate chez certains patients (13).

Maintien de l'abstinence

Dans la mesure où la grande majorité des sujets sevrés de la cocaïne rechutent dans les semaines ou les mois qui suivent, il est particulièrement important de limiter ce risque par une pharmacothérapie efficace en combinaison avec une approche relationnelle et comportementale. Malheureusement, peu de substances ont démontré une efficacité nettement supérieure comparée à un placebo, sur la base de plusieurs études contrôlées.

Les antidépresseurs

Plusieurs recherches démontrent l'intérêt de la désipramine (10) qui facilite le sevrage et le maintien de l'abstinence. Cette molécule semble avoir plus d'effet sur le traitement de la dépression que sur la dépendance. Les autres molécules étudiées comme la fluoxétine ne donnent pas des résultats probants reproductibles sur la réduction du craving.

Les dopaminétiques

La bromocriptine et l'amantadine (12) diminueraient le besoin en cocaïne, bien que, dans la pratique, ces traitements soient difficiles à appliquer avec des effets secondaires non négligeables et que d'autres études ne démontrent pas de tels résultats.

Disulfirame (Antabus)

Des études récentes (6) démontrent des résultats intéressants avec le disulfirame (Antabus), produit bien connu pour provoquer une intolérance avec l'alcool. Si l'on administre du disulfirame avant une prise de cocaïne, ce médicament limite l'euphorie et les effets de récompense induits par la cocaïne. Au lieu d'éprouver des sentiments euphoriques et de bien-être, le sujet qui a pris du disulfirame avant la cocaïne va éprouver des réactions désagréables telles que de l'anxiété, de la dysphorie ou de la paranoïa.

Pour expliquer cette action, on évoque l'inhibition de la dopamine - β - hydroxylase (20). Dans tous les cas, l'Antabus, en empêchant les prises d'alcool, évite la formation de coca-éthylène, un produit hautement addictif, fruit

de la rencontre dans l'organisme de l'alcool et de la cocaïne.

La Ritaline

Comme la cocaïne et les amphétamines, le méthylphénidate (Ritaline) bloque la recapture de la dopamine et augmente ainsi sa concentration dans l'espace synaptique.

Il était donc tentant, sur le plan théorique, d'essayer de corriger la déplétion en dopamine lors du sevrage de la cocaïne par la Ritaline.

Mais, à nouveau, les études cliniques sont peu concluantes. Nous avons observé que si les patients surdosent leur Ritaline, cela entraîne une hyperactivité dopaminergique qui peut réveiller chez eux une brutale compulsion pour la cocaïne et favoriser au contraire une rechute. Un risque de marché noir existe aussi.

Les résultats sont plus encourageants pour les cocaïnomanes anciens enfants hyperactifs avec déficit d'attention et de concentration, sujets au grand risque d'abus de substances. La Ritaline corrige chez eux un sous-dosage de dopamine et améliore leurs capacités cognitives sans les obliger à poursuivre, dans ce but, les prises de cocaïne.

Nouvelles approches

Tous les produits qui induisent une dépendance (cocaïne, opiacés, nicotine, alcool) augmentent la libération de dopamine, particulièrement dans le noyau accumbens. L'augmentation de la concentration de la dopamine entraîne une hyperactivation des récepteurs à dopamine post-synaptique, particulièrement le récepteur D3, ce qui entraîne les effets recherchés de stimulation, d'euphorie et de plaisir (3,14,15,27,28).

Lors du sevrage de la cocaïne, on assiste au contraire à une chute du taux de dopamine en partie responsable de l'état déficitaire qui s'en suit et des risques de rechute. Les médicaments activant les récepteurs à dopamine ou bloquant sa recapture paraissent donc indiqués.

BP 897

Un nouveau médicament, le BP 897, développé par l'INSERM, qui se fixe sur le récepteur D3 de la dopamine en l'activant de façon spécifique, diminue considérablement la recherche compulsive de cocaïne chez l'animal sans entraîner de dépendance. Il pourrait être aussi effica-

ce pour limiter l'appétence à l'héroïne, à l'alcool et à la nicotine. Des essais cliniques chez l'homme sont en cours.

Le GBR 12909

Parmi les diverses substances testées chez l'animal dans le but de réduire chez eux l'auto-administration de cocaïne, le GBR 12909 (vanoxerine) (26) apparaît comme un des plus intéressants. Dès 1995, les études menées dans le cadre du NIDA démontrent l'intérêt de cette molécule dans la réduction des prises de cocaïne par l'animal. Le GBR 12909 injecté une seule fois a réduit l'auto-administration de cocaïne chez l'animal de 75 % pendant 24 jours sans affecter la recherche de nourriture. Les recherches ont démontré que le GBR 12909, comme la cocaïne, inhibait l'action de la protéine «transporteur de dopamine». En bloquant cette recapture de la dopamine, le taux extracellulaire du neuromédiateur augmente. La fixation du GBR 12909 sur les transporteurs de dopamine est lente ce qui limite son action euphorisante et son affinité pour les transporteurs est 500 fois plus forte que celle de la cocaïne. Bloqués durablement par le GBR 12909, les transporteurs de dopamine ne peuvent plus fixer la cocaïne qui reste sans effet euphorisant. C'est le principe de la méthadone sur les récepteurs opioïdes qui bloquent l'action de l'héroïne. L'intérêt clinique du GBR 12909 est donc immense. Des études de toxicité sont en cours avant les premiers essais cliniques prévus prochainement chez l'homme.

Vaccin contre la cocaïne

Les études pour mettre au point un vaccin contre la cocaïne sont avancées. L'équipe de Thomas Kosten à l'université de Yale aux Etats-Unis mène actuellement une recherche en phase 1 avec 34 anciens cocaïnomanes volontaires pour déterminer la dose optimale. Le principe est de forcer l'organisme à fabriquer des anticorps contre la cocaïne en couplant cette drogue à une grosse molécule. Si le craving n'est pas modifié, par contre l'effet psycho-actif de la cocaïne est supprimé chez les sujets vaccinés car les anticorps neutralisent immédiatement cette molécule l'empêchant de passer dans le cerveau. Ces premiers essais sont tout à fait encourageants et permettent d'envisager de bien meilleurs résultats thérapeutiques, surtout s'ils sont combinés avec une thérapie comportementale.

Un vaccin de seconde génération, de longue durée d'action, après avoir démontré son efficacité chez l'animal, est actuellement testé en phase d'essai clinique I chez l'homme (11).

Segeline

Cet inhibiteur de la monoamine-oxydase B et de la recapture de la dopamine, disponible sous forme de patch, fait actuellement l'objet de larges essais cliniques aux Etats-Unis pour confirmer la réduction des pulsions cocaïnomaniaques observées avec ce médicament.

Antagoniste cannabinoïde

Une récente recherche (8) vient de démontrer un lien entre le système cannabinoïde et les mécanismes de rechute cocaïnomaniaque. Un antagoniste des récepteurs aux cannabinoïdes atténue les rechutes liées à la cocaïne.

Mecamylamine

La nicotine exerce certaines actions similaires à la cocaïne ce qui explique que chez le cocaïnomanes, la nicotine augmente significativement le craving pour la cocaïne (22,31) comme mentionné avec la Ritaline. D'où l'idée de trouver un antagoniste de la nicotine. Une étude du NIDA a confirmé que la mecamylamine, une substance qui bloque l'effet de récompense de la nicotine, réduit considérablement les pulsions pour la cocaïne chez les patients dépendants de cette substance et peut ainsi les aider à éviter une rechute (24).

Conclusion

L'addiction à la cocaïne se révèle une pathologie très complexe, impliquant plusieurs systèmes neurobiologiques et

des complications psychosociales. C'est en combinant les approches psychothérapeutiques, cognitivo-comportementales, l'acupuncture et une pharmacothérapie impliquant plusieurs médicaments à mieux définir, en attendant un vaccin efficace, que l'on peut espérer améliorer le taux de succès de nos patients cocaïnomanes (1,4,5).

Pour les plus gravement dépendants ou ceux qui présentent une comorbidité psychiatrique notable, cette prise en charge multiple devrait pouvoir s'effectuer tout d'abord dans un centre résidentiel spécialisé pour une durée d'un minimum de six à douze mois, si l'on veut favoriser une abstinence durable.

La bibliographie peut être obtenue auprès de la rédaction de dépendances: 024 426 34 34 e-mail great.aria@span.ch

Office fédéral de la santé publique, OFSP

Stay In Touch

3ème congrès européen "Travail éducatif, aide aux jeunes et prévention des dépendances"

jeudi 13 mars – samedi 15 mars 2003 au Centre de la Culture et des Congrès de Lucerne

Thème

Collaboration entre le travail éducatif, l'aide aux jeunes et la prévention des dépendances. Les nouvelles approches dans l'intervention précoce et la prise en charge des jeunes en situation de risque. Renforcer les ressources des jeunes et de leur environnement. Modèles de mise en réseau dans les communes et les régions.

Exposés: Amador Calafat (E), Stefan Quensel (D), Karol Kumpfer (USA), Pierre-André Michaud (CH), Helmut Retzl (OE), Micha de Winter (NL), Pavel Bém (CZ) und Teuvo Peltoniemi (FIN)

Ateliers, visites de projets, marché de l'information

Des délégations de jeunes gens de tous pays participent activement au congrès.

Organisateur: Office fédéral de la santé publique, Berne

Informations: www.stayintouch.ch

La dépendance de la cocaïne chez les personnes insérées socialement

Cédric D'Epagnier, psychologue-spécialiste en psychothérapie FSP; Michel Zwahlen, conseiller en addictions; Eva Sekera, médecin-responsable, Unité des maladies de la dépendance, Clinique la Métairie, 1260 Nyon

On entend de plus en plus parler des ravages de la cocaïne chez les populations devenues marginales qui s'injectent ce produit à la place de l'héroïne (ou en combinant les deux). Pendant longtemps pourtant, la cocaïne était considérée comme la drogue des riches, des milieux branchés et des travailleurs stressés. Nous pensons que cette catégorie d'utilisateurs de cocaïne existe toujours, parallèlement aux marginaux précités (et peut-être qu'une partie des consommateurs insérés socialement se dégraderont au point de faire partie de cette population dévastée).

L'objectif de cet article est d'illustrer ce que peut être la dépendance de la cocaïne chez des personnes insérées socialement et professionnellement, comment cette drogue a pu influencer leur vie et comment la consommation s'est aggravée au point de les amener à entreprendre une démarche vers l'abstinence. Nous ne parlerons donc pas ici des utilisateurs occasionnels non dépendants de ce produit. Il ne s'agit toutefois pas de banaliser la consommation irrégulière de cette drogue, puisqu'une consommation unique peut déjà entraîner la mort par arrêt cardiaque d'une part, et que, d'autre part, le potentiel addictif de la cocaïne au niveau psychique est très important. Pour illustrer nos propos, nous avons interviewé cinq ex-consommateurs de cocaïne dans des entretiens semi-structurés. Pour guider les entretiens nous avons élaboré un questionnaire (voir page 28).

Extraits des interviews et commentaires

La première prise de cocaïne semble survenir plutôt à l'âge adulte ou jeune adulte qu'à l'adolescence chez ces cinq personnes. Si MARC a sniffé de la cocaïne pour la première fois à 17 ans et BRETT à 18 ans, PHILIPPE n'a connu cette drogue qu'à 29 ans. Pour les deux autres la rencontre avec le produit s'est faite à 22 ans.

Le premier contact de PHILIPPE avec cette drogue s'est fait sous forme d'un

cadeau. PHILIPPE: «J'ai dit à un client que j'étais fatigué. Il m'a donné un sachet de poudre en me disant que ça me ferait du bien. Je n'y ai goûté que quelques semaines plus tard». Les autres personnes ont connu la cocaïne dans un contexte festif. THIERRY: «J'étais en vacances avec des copains au Brésil et l'un d'eux consommait de la cocaïne. Lors d'une fête, j'y ai goûté. A l'époque je consommais déjà de l'alcool et du shit et l'idée d'essayer la coke me trottait dans la tête depuis une année». L'initiation est semblable pour BRETT: «J'étais à une soirée entre amis. Je fumais du hasch et je buvais de l'alcool. C'est moi qui suis allé demander de la cocaïne à quelqu'un. C'était ma demande, mon choix». La cocaïne ne semble donc pas être le premier produit consommé, elle succède plutôt à l'alcool et/ou au cannabis.

Toutes les personnes interrogées mentionnent que leur milieu social (cercle d'amis) ne réprouvait pas ce type de pratique ou le partageait. JULIE: «La coke était à la mode dans les soirées jet-set que je fréquentais à l'époque où la plupart des gens qui consommaient ne s'en cachaient pas vraiment». Que ce soit parmi la jet-set, le monde de la nuit ou certains milieux universitaires, la cocaïne n'était visiblement pas perçue comme aussi dangereuse ou méprisable que l'héroïne. Il faut toutefois nuancer ces propos par le fait que plus ou moins rapidement les utilisateurs de drogue s'entourent de personnes qui ne les

confrontent pas à propos de leur consommation. BRETT: «A l'université, il y avait des groupes différents, ceux qui prenaient de la cocaïne et ceux qui n'en prenaient pas». Néanmoins, la cocaïne est perçue globalement comme plus liée à la fête, au sniff et à des prises occasionnelles le week-end qu'à une consommation solitaire, en injection et quotidienne comme l'héroïne. Ce clivage ne se vérifie bien entendu pas pour les personnes dépendantes comme on le verra par la suite.

Augmentation de la performance

Une autre idée reçue est que l'utilisation de la cocaïne est communément admise pour améliorer les performances professionnelles dans certains milieux (ici banque ou avocats notamment). Il semble au contraire que la consommation des personnes interviewées restait plutôt discrète sur le lieu de travail. JULIE: «Je consommait sur mon lieu de travail mais toujours seule, sans mes collègues, en cachette». PHILIPPE: «Cela se disait mais discrètement, par allusions».

Le cliché de l'augmentation des performances au travail avec la cocaïne ne semble pas fondé non plus. Mis à part PHILIPPE qui consommait pour se donner «un coup de collier et pouvoir travailler plus longtemps, sans baisse de qualité», les autres jugent que leur production sous cocaïne était de piètre qualité et qu'ils devaient la corriger par la suite. Sur le moment par contre, ils avaient l'illusion que la cocaïne les aidait à assumer leurs tâches. MARC: «Je pouvais travailler de jour comme de nuit. Je travaillais plus d'heures mais la qualité du travail n'était pas bonne. Souvent, je devais refaire le boulot fait sous coke. Cependant, l'illusion était là». BRETT est le seul qui n'utilisait pas la cocaïne pour travailler mais plutôt comme récompense le soir après une dure journée.

Marché et consommation récréative

L'approvisionnement en cocaïne commence souvent par l'intermédiaire d'amis consommateurs. Puis rapidement, les personnes sont mises en contact directement avec des dealers, quand elles ne le deviennent pas ensuite elles-mêmes comme MARC. Pour PHI-

Questionnaire sur la consommation de cocaïne (entretien semi-structuré)

- A quel âge et dans quelles circonstances avez-vous commencé à consommer de la cocaïne ?
- Quelle a été l'influence du milieu social ou professionnel dans l'initiation et la continuité de votre consommation de cocaïne ?
- La cocaïne a-t-elle eu des effets positifs sur vos performances professionnelles ?
- Comment vous procuriez-vous la cocaïne ?
- Combien de temps avez-vous consommé de la cocaïne ?
- Après combien de temps la consommation récréative (positive) est-elle devenue problématique ?
- Quelles sont les différences entre ces 2 types de consommation et quelles en sont les conséquences négatives ?
- Consommiez-vous de la cocaïne avec d'autres substances, lesquelles et comment ?
- Comment s'est prise la décision d'arrêter la cocaïne ?
- Dans votre consommation problématique, pouviez-vous vous identifier à ce qu'on appelle un toxicomane ?
- Si non, cela a-t-il retardé ou gêné votre entrée dans un système de soins ?
- A qui vous êtes-vous adressé pour recevoir de l'aide ?

C. d'Epagnier et M. Zwahlen

Présentation des personnes interviewées (prénoms fictifs)

MARC, 47 ans, journaliste et consultant, 14 ans de consommation de cocaïne, abstinent depuis 9 ans.

THIERRY, 37 ans, indépendant, 7 ans de consommation de cocaïne, abstinent depuis 7 ans.

JULIE, 32 ans, gestionnaire de fortune, 10 ans de consommation de cocaïne, abstinent depuis 3 mois.

BRETT, 35 ans, banquier, 15 ans de consommation de cocaïne, abstinent depuis 2 ans.

PHILIPPE, 47 ans, avocat, 10 ans de consommation de cocaïne, abstinent depuis 8 ans.

LIPPE, avocat, défendre des dealers lui permettait de se fournir facilement. Mais de toute façon dit-il: «Cela va vite, si on a les moyens, le bouche à oreille est rapide».

La période de consommation dite récréative (où le plaisir domine les conséquences négatives) varie beaucoup d'une personne à l'autre: de 2 ans pour PHILIPPE et THIERRY à 12 ans pour BRETT. Par contre, le passage à une consommation «à problèmes» est défini de façon très semblable par ces différentes personnes. Les critères cités sont consommation solitaire et quotidienne, besoin de combler le manque, obsession de trouver le produit, déprime, insomnies et fatigue extrême, paranoïa, agressivité, abandon des relations sociales et familiales, dégradation de la situation financière, incapacité à assumer le travail, perte de l'estime de soi et du respect de

l'autre, abandon de valeurs importantes, impression de perdre la raison, inconscience face au danger et à la loi, atteintes physiques diverses (rhinites chroniques, perforations nasales, ulcères, diarrhées, problèmes dentaires, pertes de poids, etc.).

Aucune des personnes interviewées ne consommait que de la cocaïne. Les mélanges se font avec l'alcool qui sert à prolonger l'état d'excitation de la cocaïne entre les prises ou à calmer la «descence» après la consommation. Les benzodiazépines (voire l'héroïne) sont également fréquemment utilisées dans ce but mais aussi pour tenter de retrouver le sommeil, de juguler les tremblements, l'angoisse ou la paranoïa résultant de la prise de cocaïne. MARC: «Je prenais des benzos avec la cocaïne pour tenter de soulager la paranoïa, pour pouvoir normaliser les états extrêmes provoqués par

la coke, quand j'étais trop down ou trop excité. Pendant les dix derniers mois de ma conso, j'ai mélangé l'héro à la coke pour stabiliser mon état».

S'en sortir

Comme pour toute autre dépendance, la décision de quitter la cocaïne ne se prend que lorsque les conséquences négatives et les pertes de maîtrise dues à la consommation créent suffisamment de souffrances, à tous niveaux, pour que continuer à consommer devienne plus pénible que la crainte d'arrêter. Avant cela, et parfois pendant longtemps, les personnes dépendantes ont l'illusion de gérer la situation. PHILIPPE: «Je pensais contrôler, je croyais pouvoir m'arrêter quand je voulais. C'étaient les autres qui avaient des problèmes. Même si j'avais parfois des éclairs de lucidité où je réalisais que ça allait mal, je finissais toujours par me dire que j'allais m'en sortir seul». Les personnes interrogées décrivent comme facteurs déclencheurs du désir de s'en sortir un cumul de différents problèmes créés par la cocaïne allant du non respect de valeurs importantes (mensonges systématiques à la famille ou à des amis) à des comportements d'automutilation en passant par des peines de prison, un sentiment de désespoir profond, la peur de mourir ou des idées de suicide, ainsi que les autres conséquences déjà mentionnées. BRETT: «J'avais arrêté de travailler pour pouvoir consommer plus librement bien que sur le moment je croyais que c'était pour avoir plus de loisirs. En réalité, j'ai passé trois mois à me péter seul chez moi. Je m'étais coupé de presque tout le monde: ma copine, ma famille et mes amis. Le déclencheur a été un ami qui m'a confronté à mon problème de coke parce que je lui avais menti. J'avais annulé un rendez-vous avec lui pour pouvoir consommer. Un mois plus tard, j'entrais dans un centre de traitement». THIERRY: «J'en ai eu marre d'être le pantin de la drogue, je n'avais plus aucun espoir de m'en sortir et j'avais des idées suicidaires. Cependant, une petite voix en moi me disait qu'il y avait encore sûrement la possibilité d'accéder à quelque chose d'autre». JULIE: «Je me sentais très mal émotionnellement. J'avais d'énormes crises de parano et de larmes et de plus en

plus de problèmes physiques. J'avais également commencé à m'automutiler. Je tremblais de partout et j'avais peur de mourir d'une overdose. J'avais une grande douleur physique et spirituelle. De plus, c'était le chaos financier et professionnellement je n'étais plus opérationnelle».

Mise à part JULIE qui s'identifiait aux toxicomanes par la détresse et la souffrance émotionnelle qu'elle leur attribuait et MARC qui estimait être toxicomane de la cocaïne, les trois autres personnes ne voyaient aucun point commun entre elles et le monde de la toxicomanie. THIERRY: «Je ne m'identifiais pas du tout aux toxicomanes. Pour moi c'étaient ceux qui traînaient au Molard, sans travail ni famille. Moi, j'avais un boulot, une famille, j'étais toujours inséré socialement. Je n'avais pas le sentiment d'être paumé comme les toxicomanes». PHILIPPE: «Je n'étais pas un junkie, je n'allais pas au Letten, je travaillais et je me disais que ça se faisait dans mon milieu ». BRETT: «Je ne me suis jamais dit que j'étais un toxico. Je ne volais pas, je ne faisais pas de mal. C'était mon choix de vie, ce que je voulais faire, tout le reste me faisait chier. J'avais plein de justifications ».

L'entrée dans un réseau de soins pour personnes dépendantes n'était donc pas évidente pour ces consommateurs de cocaïne. Le fait de travailler, notamment, les maintenait dans un certain déni de la gravité de leur situation. Les structures connues étaient identifiées comme une aide pour les héroïnomanes ayant totalement perdu la maîtrise de leur vie. Certains cocaïnomanes comme PHILIPPE craignaient en outre pour leur anonymat et leur carrière professionnelle s'ils s'adressaient à de tels centres. Une autre difficulté rencontrée par une partie de ces personnes est le désarroi de certains médecins auxquels ils se sont parfois adressés.

Lorsque finalement la situation s'est suffisamment détériorée, la demande d'aide initiale est alors le plus souvent adressée au médecin traitant. Celui-ci oriente ensuite la personne vers un établissement spécialisé, comme cela s'est passé pour JULIE, BRETT et THIERRY. Cela n'a toutefois pas été le cas de PHILIPPE qui est entré en centre de traitement au bénéfice de l'article 44 (choix donné par le

juge entre prison ou traitement), ni de MARC qui s'est sorti de sa dépendance uniquement avec l'aide des groupes d'entraide des Narcotiques Anonymes. Notons pour terminer que quatre des personnes interviewées fréquentent régulièrement ces groupes d'aide au maintien de l'abstinence où ils se retrouvent et s'identifient avec des ex-consommateurs de différentes substances (héroïne entre autres). Il n'existe pas encore en Suisse de groupes spécifiques de Cocaïnomanes Anonymes comme on en trouve en Amérique du nord. Il semble donc qu'une fois intégré dans une démarche d'abstinence et de développement personnel, la non identification avec les autres toxicomanes disparaît au profit de la découverte de nombreuses similitudes quant à certains aspects de la dépendance: entre autres l'obsession du produit, l'incapacité de contrôler la consommation, les pertes de maîtrise, la difficulté à gérer ses émotions et les relations aux autres.

La dépendance de la cocaïne, comme de toute drogue, crée de grandes souffrances pour le consommateur comme pour son entourage. Le fait d'être inséré socialement et professionnellement retarde sans doute la dégradation et facilite le rétablissement mais ne protège en aucun cas du risque de dépendance. Les médecins traitants ont un rôle clé à jouer comme relais entre les patients et les structures spécialisées. Même au plus profond du déni et de la déchéance, les personnes interviewées mentionnent avoir gardé par moment une certaine lucidité à propos de leur situation et un maigre espoir d'un avenir meilleur. Ces brefs soupçons de clairvoyance doivent être utilisés au maximum par les premiers professionnels consultés comme levier pour stimuler la motivation du malade dépendant à entrer dans un système de soins. Enfin, il est toujours possible de sortir de la dépendance pour retrouver une qualité de vie et restaurer une meilleure estime de soi, au prix, il est vrai, d'un investissement personnel important dans le rétablissement.

Les auteurs remercient avec gratitude les cinq personnes qui ont bien voulu témoigner de leur expérience.

Et si la gestion de la consommation de drogues dures était possible?

Marc-Henry Soulet, Professeur de sociologie, Chaire de travail social, Université de Fribourg

(réd.) Existe-t-il une consommation récréative et non problématique de produits stupéfiants dit illégaux, notamment de cocaïne. C'est une des questions à laquelle la rédaction de la revue souhaitait obtenir une réponse. Et c'est à de nouvelles réflexions que l'auteur vous invite : n'existe-t-il qu'une manière de gérer sa consommation? Y-aurait-il des différences entre les produits? Les consommateurs sont-ils tous les mêmes? Avec des risques identiques? Et, finalement, que faudrait-il mettre en place si les intervenants du champ des dépendances voulaient aider à gérer la consommation? Le débat s'ouvre.

Une partie non négligeable, mais difficilement chiffrable, des personnes en traitement à la méthadone continue à consommer régulièrement des drogues dures, sans que ces poursuites de consommation ne mettent en question la satisfaction quasi unanime à l'égard de ces traitements de substitution: meilleure santé, diminution des délits, inscription dans un cadre structurant... À cette population s'ajoutent toutes les personnes qui consomment des drogues dures de façon occasionnelle ou récréative, parallèlement à une inscription conventionnelle dans la vie professionnelle et sociale. Ces constats invitent à chercher à comprendre la manière dont certaines personnes, après des périodes de consommation incontrôlée, parviennent à une gestion de leur consommation de drogues dures en développant un usage qui n'est apparemment plus problématique, sans vouloir faire l'apologie ni être la caution d'une telle pratique. Mais une fois ceci fait¹, une question vitale demeure: la reconnaissance de la gestion de la consommation de drogues dures peut-elle induire des bénéfices importants pour de nombreux agents du champ de la toxicomanie, notamment pour l'élaboration de politiques sociales plus appropriées? Ce n'est pas bien sûr au chercheur de juger d'une décision aussi éminemment politique. Par contre, il lui incombe d'examiner, si d'aventure la gestion de la consommation de drogues devenait une composante de la politique de lutte contre la toxicomanie, quelles seraient les conditions de soutien d'une pratique supposant une médiation entre le consommateur et le produit et une dis-

tanciation d'avec le monde de la drogue.

Concevoir la pluralité des formes de gestion

Il peut sembler tautologique de commencer une analyse des conditions de soutien à la gestion de la consommation de drogues dures, dans l'éventualité où une telle offre s'avèrerait opportune dans une politique d'ensemble de traitement de la toxicomanie, par l'énoncé d'un préalable centré sur la reconnaissance de la possibilité d'une telle gestion. Et pourtant, ce qui est en jeu, par-delà la reconnaissance de l'existence d'un tel phénomène, c'est sa prise en compte dans l'ensemble de ses dimensions, renvoyant à des questions comme celle de sa stabilité, de sa capacité à intégrer le manque, de sa non-liaison à des drogues spécifiques, de sa non-limitation à des types de consommateurs... avant de saisir que, si soutien il peut y avoir, celui-ci ne peut se jouer que dans la durée et selon des formes "light" d'action.

Le paradoxe de la gestion

Si la notion de gestion est en principe admise par nombre d'acteurs sociaux, elle reste, à leurs yeux, en pratique exceptionnelle et précaire, surtout à la lumière de la durée. La gestion ne serait donc jamais totalement acquise, stabilisée ou définitive. Les principaux arguments relatifs aux limites de la gestion, à son caractère par nature fragile et labile, peuvent être regroupés comme suit:

1) La gestion est totale ou elle n'est pas;

- 2) La gestion est cyclique;
- 3) La gestion est toujours potentiellement problématique;
- 4) La gestion est toujours précaire;
- 5) La gestion constitue "un enfer un peu moins chaud".

Pourtant, si l'on peut, pour partie, soutenir ces arguments appelant à désenchanter la notion de gestion de consommation de drogues dures, il faut probablement les dépasser par une complexification de la réalité de cette gestion.

- a) Loin d'être totale ou de ne pas être, loin d'être unique dans son essence et dans ses modalités, la gestion est plurielle. Il existe toute une gamme de formes de gestion, allant de la plus incertaine à la plus assurée, allant d'une gestion de transition, ascendante ou descendante, à une gestion installée, allant d'une zone minimale de gestion à une zone optimale de gestion. Il s'agit en fait d'un système gestionnaire articulant des registres et des compétences variées, différemment agencés dans chacun des systèmes concrets de gestion.
- b) À partir du moment où l'on souhaite faire du soutien à la gestion de la consommation de drogues dures un des éléments de l'offre institutionnelle du traitement de la toxicomanie, le problème central n'est pas de savoir si la gestion est, ou non, par nature fragile et donc momentanée, mais davantage d'identifier et de mettre à disposition des ressources matérielles, sociales, temporelles et symboliques visant à la consolider. L'enjeu constitue alors en effet à en faire un palier où l'on peut prendre appui pour renoncer à la consommation ou bien pour s'installer en "normalisant" la consommation afin d'en faire une pratique parmi d'autres au sein d'un mode de vie, et surtout un palier d'où l'on ne puisse plus descendre car la drogue, si elle n'a pas perdu son intérêt, ne risque plus de devenir obsédante.
- c) Le caractère problématique de la gestion de la consommation n'est pas en soi une relativisation de cette dernière. Elle en est même une des conditions de possibilité essentielles. Ce n'est que parce que la consommation est problématique, l'est devenue et le demeure, que la consommation peut être gérée. La gestion n'est pas une situation facile, elle repose sur la reconnaissance renouvelée par le

consommateur du danger potentiel, social, sanitaire et légal, que fait encourir la consommation. Pour exister, elle suppose un *monitoring* permanent, un travail sur soi continu, une conscience entretenue de ce que l'on fait. Paradoxalement, la fragilité de la gestion constitue sa force relative.

Paradoxalement, la fragilité de la gestion constitue sa force relative

Le manque au cœur de la gestion

Il est communément admis que le manque, surtout d'héroïne, est insupportable; il est impossible à gérer car il



Photo Interfoto

Il existe une pluralité des formes de gestion de la consommation

mobilise des paramètres éminemment physiologiques. *A contrario*, une autre vision du manque doit aussi être envisagée renvoyant à quelque chose d'acceptable, même si cela est difficile, à quelque chose qu'il est tout à fait possible d'assumer pour garder, par exemple, une logique de plaisir, de quelque chose qui "*fait partie du cycle*", aux antipodes du manque irrépressible. En ce sens, la gestion du manque constitue un des ressorts nodaux de tout système gestionnaire. L'appriivoisement du manque, de quelque façon que ce soit, repose indéniablement sur l'expérience et l'avancée en âge. Invoquer l'expérience revient à dire d'une certaine façon que la gestion pour les "début de carrière" a peu de sens: les jeunes consommateurs qui disent gérer, en réalité, ne gèrent rien du tout, car gérer renvoie à la planification, à la règle, à la discipline, à la conscience (qui vient de l'expérience). Or, il faut se demander si, pendant cette période de consommation stabilisée (peut-être seulement provisoirement), il n'est pas aussi judicieux, dans le cadre d'une politique de soutien à

la gestion, de favoriser cette gestion, tout en maintenant un socle fort d'informations générales sur les dangers de la consommation - pour étayer la problématisation - afin d'éviter l'entrée dans la spirale toxicomaniaque et de permettre un éventuel retour à l'abstinence.

Une gestion tout produit

Il est admis que la capacité à gérer est influencée par les modes d'ingestion et les produits utilisés. L'héroïne est considérée en général comme un produit dont la consommation est impossible à contrôler. La cocaïne est plus facilement gérable grâce à ses caractéristiques pharmacologiques permettant une meilleure tolérance ainsi qu'une faible présence de symptômes en situation de manque. Pourtant, là encore, peut-être faut-il relativiser ces jugements.

- 1) Le contrôle de la consommation d'héroïne est toutefois possible grâce à la méthadone qui sature les récepteurs. Cette protection "automatique" ne fonctionne pas en ce qui concerne la cocaïne dont la consommation reste en conséquence plus difficile à gérer pour les polyconsommateurs, impossible même selon les dires de certains toxicomanes experts.
 - 2) La cocaïne est souvent associée à un imaginaire romantique, confinant souvent à une banalisation de la consommation. Or le marché et la nature des consommateurs de cocaïne se sont modifiés. D'une part, le produit appelé cocaïne qui inonde la marché aujourd'hui a réellement changé de composition et s'est fortement éloigné de ce que pouvait être la cocaïne antérieurement. D'autre part, une population de consommateurs s'oriente vers la cocaïne pour faire face à la saturation des récepteurs aux opiacés.
 - 3) Si la cocaïne et l'héroïne produisent des effets différents, la population attirée par l'une ou l'autre des substances n'est pas la même. La cocaïne, en tant que psychostimulant, intéresse surtout des personnes qui, en général, possèdent un bon capital de ressources de base. Elle touche donc une catégorie de population probablement mieux armée pour gérer sa toxicomanie. L'héroïne, comme anesthésique psychique, attire plutôt des personnes psychologiquement souffrantes, ayant des pathologies sous-jacentes et disposant de ressources moindres pour faire face à la gestion de leur consommation.
- D'avantage que la résultante des seules

spécificités du produit, la gestion de la consommation renvoie à une combinaison de facteurs, sociaux, environnementaux et psycho-actifs qui interagissent pour expliquer les différences observables selon les produits. Et ce, d'autant plus que la dimension symbolique joue un rôle déterminant dans la gestion, que ce soit dans la production d'un sens au maintien de la consommation malgré son caractère nocif et illégal, que ce soit dans la problématisation de la consommation ou la reconceptualisation de l'expérience consommatoire ou, encore, que ce soit dans l'équilibrage des lignes biographiques dans un mode de vie incluant la consommation comme une ligne biographique parmi d'autres.

La diversité des consommateurs gestionnaires

Un premier examen de l'univers de la drogue permet d'isoler trois catégories de consommateurs gestionnaires qui semblent, a priori, laisser entrevoir des formes différenciées de gestion.

- a) *Les consommateurs récréatifs* caractérisant une population cachée sans problèmes particuliers ni besoins spécifiques, tout au moins pas au point de vouloir prendre contact avec les institutions médico-sociales et donc peu connue de ces dernières. Parfaitement intégrés, ils ont fait de la consommation un geste banal, normal même, et semblent avoir échappé, au moins négativement, au circuit médico-social-juridique.
- b) *Les personnes prises en charge par les institutions de traitement de la toxicomanie*. Ici, la gestion est vue comme une manière de contrôler la dépendance, une dépendance qui arrive à rester dans les limites de l'acceptable. La méthadone ne correspond pas tant à une logique de substitution qu'à une logique de cohabitation; la méthadone alimente ainsi une stratégie de maintien de la consommation dans les limites du raisonnable et dans l'optique de la seule recherche de plaisir.
- c) *Une population ni cachée, ni sans ressources*. En relative bonne santé, avec une hygiène de vie satisfaisante et s'appuyant sur un minimum de soutien social, elle arrive à faire face financièrement (grâce à certaines prestations sociales et/ou aux petits boulots lui permettant de payer appartement, factures...). Bien qu'elle soit fréquemment en situation de précarité

professionnelle et financière, elle ne dépend pas de l'assistance.

Cependant, ce serait un pas trop rapidement franchi que de lier des formes de gestion différentes à ces populations différentes. Bien évidemment, sont mobilisés compétences, des habiletés, des savoir-faire différents en nature et en intensité, variables aussi selon les populations considérées, mais ces dernières variations, jamais, ne semblent suffisamment prégnantes pour justifier une discrimination analytique. En fait, il importe de concevoir, tout à la fois, que la gestion concerne, de manière indifférenciée, différentes populations entretenant des rapports diversifiés à l'égard de leur consommation et qu'elle ne paraît cependant pas présenter de différenciations typiques, variables d'une population à l'autre, dans ses modalités d'expression.

Les sens multiples de la consommation maintenue

La caractéristique dominante de la consommation gérée réside dans son ancrage au sein de rituels, dans des conditions de consommation qui rendent la consommation appropriée, qui lui permettent d'avoir un sens spécifique et circonscrit. Ce sens fluctue entre, d'une part, une conduite revendiquée et maîtrisée et, d'autre part, une pratique, source de sentiments de culpabilité, voire d'échec. De façon plus spécifique, entre ces deux extrêmes, plusieurs significations émergent:

- 1) le plaisir
- 2) l'augmentation des performances
- 3) la construction des rapports sociaux
- 4) l'automédication
- 5) la lassitude

Aussi convient-il de prendre acte, dans toute intention de soutien à la gestion de la consommation, de cette diversité des significations du maintien de la consommation et de ne pas proposer un modèle d'action ou une recette miracle. Bien au contraire, la reconnaissance de la polydimensionnalité de la gestion et de la pluralité des systèmes de gestion devrait être à la base de toute velléité de soutien.

Créer un contexte favorisant la mise en jeu de soi

En outre, la gestion de la consommation se caractérise par l'absence de modèles de référence, chaque consommateur gestionnaire a dû tracer son chemin, en

empruntant et en puisant dans le stock social des compréhensions et des modèles d'interprétation du monde. Chercher à soutenir la gestion suppose prioritairement de reconnaître le caractère singulier de l'entreprise et d'admettre son corollaire, la nécessité de laisser du temps pour que se fasse ce travail solitaire de reconceptualisation de la trajectoire passée et de production d'une signification au maintien de la consommation dans une vie conventionnelle. Il importe en ce sens de permettre la stagnation par une offre de survie avec une intervention minimale pour favoriser l'entretien et la reconstitution des ressources (matérielles, sociales et symboliques). Dès lors, l'aide se doit d'être, à la fois, quand cela est nécessaire, une aide à la survie, facilement accessible et non stigmatisante, afin de préserver la santé et soutenir indirectement le potentiel de conservation, d'auto-mobilisation et production de ressources et, de l'autre, caractérisée par des interventions minimales pour supporter le travail d'entrée en gestion, de façon ciblée et nuancée. Une offre minimale permettant de réactiver des ressources et d'engager le consommateur dans un processus de transformation de son rapport au monde pourrait s'appuyer sur les trois vecteurs suivants:

- a) **Proposer des places conventionnelles.** S'engager dans la normalité, se tourner vers le régime commun de la conventionnalité ne peuvent prendre réalité que par une offre simultanée de places institutionnellement mises à disposition. La volonté individuelle ne suffit pas en la matière. Elle doit être relayée par un soutien formel permettant d'inscrire cette volonté dans un espace ad hoc pré-structuré.
- b) **Jouer avec le temps.** Le temps représente un des outils essentiels de la constitution et de la mobilisation des ressources, d'où l'importance pour toute tentative de soutien à la gestion de desserrer l'étau de la contrainte que fait peser le délai-cadre reposant sur l'idée d'une dépendance aux mesures ponctuelles, faisant en quelque sorte passer les consommateurs de drogues d'une structure à l'autre sans engrangement d'expériences capitalisables. Mais, ce rapport officiellement non contraint au temps doit en même temps être fortement contrebalancé par une invitation pressante, voire une injonction à faire, à élaborer un projet d'insertion, à profiler une sortie. La dynamique d'un soutien à la gestion

doit en ce sens résider dans la lenteur, une lenteur stimulée toutefois, une lenteur mais non un arrêt, signifiant tout à la fois:

1. *Une pause.* S'engager dans une logique de gestion de la consommation doit marquer l'assurance de pouvoir souffler par rapport à un contexte antérieur éprouvant et stressant. Puisqu'il n'y a pas de délai butoir, dans un premier temps le soutien à la gestion doit être pensé comme un lieu de répit, un moment de décompression de l'urgence. Ce temps de pause, modulable et individualisable selon les dynamiques personnelles, est une condition de la reprise de soi.
2. *Une durée non limitée.* Le refus de butoir a priori génère beaucoup de souplesse mais en même temps comporte un risque. Ce dernier est clair: l'installation dans une situation qui, si elle n'est pas idéale, n'en est pas moins stable. Toute la logique d'un tel soutien doit reposer sur la notion d'a priori. A priori, il n'y a pas de limitation. Toutefois, ceci ne signifie pas l'absence d'une fin, au contraire, celle-ci doit être omniprésente, doit être structurée par une obligation de sortie. Un tel jeu dialectique avec durée non limitée et obligation de sortie est ainsi à entretenir.
3. *Une obligation de faire.* Pour soutenir l'idée d'une fin nécessaire mais sans date prédéterminée, un tel soutien ne peut que s'appuyer sur une forte incitation à faire. La pause initiale est tout sauf un assouplissement; elle est la condition d'un ressourcement, de la reconstruction d'une disponibilité à projeter, une stimulation permanente. D'une certaine façon, pour les consommateurs, gérer c'est devoir opérer des choix, devoir s'engager, i.e. sortir de soi pour se lier à une cause, ici son projet, dont on fait sienne la destinée et les difficultés, les joies et les contraintes.
4. *Des transitions continues.* Se lancer dans la gestion de la consommation n'est pas synonyme d'immobilisme, de stagnation. Pour reprendre une expression consacrée, il s'agit d'une politique des petits pas, d'un cheminement graduel fait de transitions aussi invisibles que continues. Cette gradualisation non formalisée s'inscrit pleinement dans l'absence d'échéance.

c) Soutenir le réarmement de soi. Soutenir la gestion, c'est inévitablement aider à l'élaboration symbolique, fournir des supports à la constitution individuelle d'un nouveau rapport au monde. Mais que peut recouvrir cette idée de production de sens? Dans la mesure où la gestion repose pour partie sur l'élaboration de ressources symboliques des consommateurs, le réarmement de soi en constitue un des vecteurs centraux, puisque, par lui, se joue la reconstitution de la personne comme sujet à même de se réapproprier sa propre histoire. Si cette composante est défaillante ou absente, il n'y a pas de projet possible, il n'y a donc pas de gestion possible. Ce réarmement passe par plusieurs modalités dont les plus manifestes sont les suivantes:

1. *Accueillir sans condition et rompre le discrédit:* la fonction d'accueil est au cœur du travail de reconstitution de soi. Elle repose sur un principe d'action fort: la croyance en l'autre, la confiance dans les qualités et potentialités des consommateurs, malgré les étiquettes divers et les expériences négatives. Un de ses présupposés centraux doit en ce sens reposer sur la reconnaissance à part entière de l'autre, i.e. le consommateur, en tant que personne, avec ses faiblesses et ses forces. En d'autres termes, tout un pan de l'efficacité du réarmement de soi est supporté par le souci de déculpabiliser les consommateurs tout en s'efforçant de leur insuffler l'envie de la responsabilité, de prendre à contresens l'entier d'une trajectoire qui les a justement conduits à la consommation de drogues dures.
2. *Tisser un filet de sécurité et favoriser la prise de risque.* Quand, justement, l'expérience récente des consommateurs a pu être l'incertitude, le ballottement, la consommation compulsive, la déchéance, le soutien à la gestion doit soutenir la volonté de rompre avec une trajectoire chaotique et de reprendre un rythme de normalité en bénéficiant d'un support pour régler les affaires courantes, administratives, médicales, institutionnelles, financières... Plus profondément, une sécurité doit être entre-ouverte vers un univers voisin à celui du monde conventionnel. En fait, la qualité première de cet univers

devrait être d'euphémiser les rapports sociaux, de les encadrer par une garantie de respect et par un droit à l'erreur; on devrait pouvoir entreprendre sans trop encourir les éventuels effets désastreux de son action. La prise de risque, réelle néanmoins, étant cadrée, elle peut se muer en prise de confiance quand l'action est positive et, sinon, la certitude est qu'elle ne sera pas désastreuse dans ses conséquences.

3. *Conférer une appartenance et restaurer une altérité.* Dans un premier temps, bien avant de pouvoir faire œuvre par une capacité productive réaffirmée, les consommateurs gestionnaires jouent leur identité dans une reconnaissance d'appartenance. La question de l'appartenance s'inscrit en ce sens avant celle du projet, avant celle de la compétence car, en permettant une identification, elle autorise la restauration d'une altérité au sein d'un monde commun, la constitution d'une mêmeté au sein de différents, l'affirmation, en d'autres termes, d'une identité assumée. La place est ici symbolique avant que d'être matérielle.
4. *Impulser le sens de la ligne et développer l'envie d'être sujet de son existence.* Mais, ce qui alimente au plus profond le réarmement de soi réside sans nul doute dans un souci de modification de l'attitude des consommateurs compulsifs à l'égard de leur propre existence, souvent régie par un fonctionnement au jour le jour. Repenser son être au monde, c'est construire des projets, structurer le présent par le futur, donner le sens de l'anticipation pour faire acquérir celui de la gestion. Cependant, cette idée de projet n'est pas tant à entendre comme un programme d'action concret que comme une idée lancée en avant, comme une projection. Ce qui importe, c'est de créer du mouvement, de jeter en avant car l'immobilité est contraire à l'esprit même de la gestion tant elle réinscrit les consommateurs dans l'ici et maintenant dans un fonctionnement au jour le jour.
5. *Faire offre d'interlocution.* Le réarmement de soi passe immanquablement par le support d'un espace d'élaboration discursive d'hypothèses interprétatives de la

consommation passée comme de justifications de la consommation maintenue dans un nouveau mode de vie. Cet espace passe par l'existence d'interlocuteurs, Monsieur-Tout-le-Monde plus qu'expert, à même de discuter de la pratique consommatoire; le rapport intervenant-consommateur ne serait ainsi pas tant caractérisé par l'aide fournie et reçue que par un lien de partenariat entre deux interlocuteurs.

6. *Coordonner les systèmes d'action dans l'offre de traitement de la toxicomanie.* Si un grand nombre d'institutions travaillent selon la politique de réduction de risques, le contact avec d'autres systèmes d'action concevant davantage la consommation continue sous l'angle d'une rechute ne semble pas toujours aller de soi. La prise en compte de la gestion dans l'offre de traitement se confronte directement au problème de l'illégalité et implique la nécessité d'un langage clair et explicite, définissant de manière univoque les limites de la légalité et imposant une cohérence à tous les niveaux, entre les cantons et entre les institutions et services, afin d'éviter toute dissonance pour les consommateurs gestionnaires comme pour les intervenants appelés à œuvrer pour soutenir la gestion.

Ne pas clore la question de la gestion

La gestion contient la consommation, mais la conforte en même temps. Cette dimension paradoxale qui la caractérise fondamentalement doit être prise au sérieux. En d'autres termes, cela revient à dire qu'il ne faut pas faire de la gestion une solution miracle. La gestion de la consommation se doit d'être envisagée dans son ambiguïté fondamentale à partir du moment où elle devient un registre de l'action politique. Elle est un outil parmi d'autres, par essence insatisfaisant, quelles que puissent être ses potentialités. Car le soutien à la gestion comme composante d'un programme de lutte contre la toxicomanie n'est pas sans poser problème. D'une part, il y a une tension entre les réponses institutionnelles, de nature pragmatique (garder le contact avec les personnes, adapter les objectifs...) et les implications éthiques. Comment, par exemple, éviter que le soutien de la ges-

tion ne se transforme en entretien de la consommation? D'autre part, émerge le risque d'une dualisation de l'intervention et des consommateurs. Le soutien de la gestion ne serait-il alors que la marque d'une résignation face aux difficultés présentées et vécues par certains consommateurs ou face, simplement, à un choix de vie alternatif fortement enraciné?

En fait, la gestion, à partir du moment où elle est reconnue comme une composante de la réalité toxicomaniaque, pose fondamentalement la question de la signification de l'intervention en direction des consommateurs, notamment en exacerbant le problème des liens entre gestion et abstinence. Quel est en effet le degré de compatibilité de ces deux registres? En quoi peuvent-ils être complémentaires? La gestion peut être une étape précédant l'abstinence. Alors, soutenir un consommateur dans la gestion signifie l'accompagner éventuellement vers l'abstinence, signifie lui conférer un support pour s'en sortir radicalement. Mais, la gestion peut aussi être un point d'arrivée, un but même à l'intervention, un but durable et peut-être même quasi définitif. Un consommateur, étant parvenu à un type de consommation non ou faiblement problématique à ses yeux, n'a aucune bonne raison de renoncer à cette pratique. La gestion devient alors une alternative à l'abstinence, et non une étape de celle-ci.

Devant de tels enjeux, probablement, *in fine*, faut-il admettre que le débat sur ce que gérer veut dire dans une offre de traitement demeure ouvert, faut-il veiller à ce que la pluralité des significations de la gestion dans l'expérience des consommateurs ne soit pas réduite et, surtout, faut-il s'attacher à maintenir la tension entre, d'une part, la reconnaissance de cette pratique dans son évidence et dans son caractère banal et, d'autre part, l'affirmation fondamentalement problématique, socialement et individuellement, de la consommation de drogues?

Notes

- 1). Nous avons, dans un récent ouvrage, présenté les modalités de gestion de la consommation de drogues dures. SOULET M.H. (en coll. Avec CAIATA-ZUFFEREY M. & OEUVRAY K., Gérer sa consommation. Enjeux de conventionnalité et drogues dures, Fribourg, Éditions universitaires, 2002

Livres

Cette rubrique vous permettra de trouver quelques références de livres que le Comité de rédaction a sélectionnés pour vous. Sous «A paru», nous citerons uniquement quelques titres sélectionnés auprès de centres de documentation divers tels que «Toxibase» ou l'ISPA.

Sous «L'oeil critique», nous vous présenterons un ou plusieurs livres que notre comité de lecture aura lus, subjectivement, pour vous.

Sous «Reçu», nous reprendrons les commentaires proposés par l'éditeur.

L'oeil critique

Nuit gravement au tabac - Francis Caballero - Ed. P-M. Favre - 215 pages

Ce livre est à déconseiller à tous les fumeurs invétérés, à ceux qui ne sont même pas en phase de pré-contemplation, à ceux qui pensent qu'après tout la cigarette n'est pas si dangereuse, "il faut bien mourir de quelque chose", et que l'avertissement qu'ils ne lisent même plus sur les paquets est là pour faire plaisir aux intégristes anti-fumée.

Il raconte le combat de David contre Goliath. Le - ou plutôt les - combats d'un avocat au sein d'une petite structure subventionnée par l'état français contre les géants de l'industrie du tabac et leurs milliards. Un combat juste et logique contre ce produit que le professeur Dubois désigne, dans sa préface, comme "seul produit de consommation courante qui, même utilisé correctement, tue la moitié de ses fidèles consommateurs." Mais l'avocat Francis Caballero récuserait cette description: il ne lutte pas contre le tabac, pour son interdiction totale ou partielle, il demande la vérité. A savoir que les cigarettiers reconnaissent que leur produit provoque toutes sortes de maladies, et que par conséquent ils en avertissent honnêtement leurs consommateurs présents et futurs; qu'ils ne se cachent pas derrière des compétitions sportives médiatisées pour arroser de publicité leur public-cible favori, la tranche d'âge 12 à 16 ans; qu'ils ne conquièrent pas de nouveaux marchés dans le tiers-monde par des moyens qui, en Europe, sont interdits depuis longtemps; que leur avertissement sanitaire figurant sur les paquets soit une vraie information, et non un texte-alibi qui se moque de la loi qui l'impose.

Mais il ne suffit pas d'avoir raison. Encore faut-il le prouver, devant des tribunaux pas toujours ouverts à la cause, et face à une

armada des meilleurs avocats de la place. L'année 1991 marque l'entrée en vigueur de la loi Evin et les débuts de Me Caballero dans ce combat. Quel en est le bilan en 2001? Quelques belles victoires, comme la découverte par la justice d'un plan de stratégie d'une des grandes firmes cigarettières, la modification de l'avertissement sanitaire obligatoire, et des affaires gagnées en dommages-intérêts. Mais aussi des défaites douloureuses, des coups bas, l'ironie de certains médias, des juges et même un ministre qui choisissent le camp des emplois à sauver dans l'industrie contre des vies à sauver dans la population...

Le combat continue, au niveau international, et semble tourner à l'avantage de la santé publique. Après le "Settlement" du 27 juin 1997, véritable capitulation de l'industrie du tabac qui va verser 368,5 milliards de dollars à 46 états américains, d'autres procès retentissants ont été gagnés.

Ce livre se lit comme un roman policier, avec du suspense, des rebondissements et un certain lyrisme. Le reproche que l'on pourrait faire à F. Caballero est de présenter sa version de l'histoire, et de rendre compte d'une série de procès du seul point de vue de l'avocat, d'égratigner la justice lorsqu'elle ne va pas dans son sens.

Le chapitre 9 intéressera tous ceux qui s'engagent dans le débat actuel sur le cannabis, puisque F. Caballero y justifie sa position apparemment contradictoire de lutte contre la cigarette mais en faveur de la légalisation contrôlée de l'usage du cannabis. Même si, pour des raisons personnelles, je ne partage pas son avis sur la question, ses thèses sont intéressantes et pourront utilement être intégrées au débat à venir en Suisse.

Arthur Mercier

Les addictions. Dépendances, toxicomanies: repenser la souffrance psychique. Marc Valleur, Jean-Claude Matysiak - Editions Armand Collin - 272 pages

Addiction: le terme étant en passe de s'imposer dans les milieux professionnels lorsqu'il s'agit de parler des dépendances, ce livre tombe à point nommé. Construit en trois parties d'importance égale, d'une écriture bien structurée, compréhensible tout en faisant preuve d'érudition, le lecteur spécialisé ainsi que le néophyte pourront y trouver leur compte.

Fouillée, minutieuse, cette revue des dépendances est bien menée. Elle est divisée en deux catégories: les addictions à une substance et les addictions sans drogue: diverses dans leurs formes, elles se retrou-

vent pourtant dans le fond car elles participent toutes au même mécanisme, ce que met en évidence le recours fréquent à l'une comme substitution à une autre.

Hommes de terrain, praticiens spécialisés, les auteurs nous apportent une (re)mise à jour extrêmement documentée et accessible. Sans jamais tomber dans la simple description, leur inventaire mentionne également les enjeux sociaux, humains et thérapeutiques, n'hésitant pas à égratigner quelques dogmes en affirmant qu'en matière de toxicomanie, «la pratique clinique, pour sa grandeur plus que pour sa misère, relève de l'art plus que de la science». De même, les références théoriques sont multiples, chaque branche et chaque école étant représentée dans ce qui la spécifie.

De même, il serait dommage que le seul intérêt documentaire du livre en cache la substance, car c'est la notion même de dépendance qui est explorée d'une nouvelle façon. En partant d'exemples aussi simples que «l'effet cacahuète», les auteurs nous posent des questions élémentaires, mais incontournables: où est la limite entre l'usage et l'abus? Quel vide, quel manque, quelle souffrance suis-je poussé à cacher en lui préférant la répétition pathologique d'un plaisir dont je sais bien qu'il nuira à quelque chose de ma santé ou de mes relations?

«L'esprit Marmottan», insufflé par l'humanisme du Dr Olivenstein qui a toujours voulu laisser au toxicomane sa responsabilité dans son aliénation à la drogue, et qui y voyait même une quête inhérente à la condition humaine, est perpétué dans cet ouvrage. En s'interrogeant ainsi sur les conduites répétitives comme la cigarette ou le chocolat, mais aussi le sexe ou le conjoint, le feuilleton de télévision ou l'informatique, on trouve un double bénéfice dans cette approche. D'une part, il n'est plus nécessaire d'être concerné par une toxicomanie avérée pour appréhender la frontière ténue qui mène de la quête d'une satisfaction à la dépendance, et d'autre part, nous pouvons y trouver des pistes intéressantes pour avancer dans la complexité de la problématique. Le sous-titre l'indique clairement: en voulant «repenser la souffrance psychique», les auteurs réussissent à nous entraîner dans une réflexion sur la liberté humaine, où le destin du toxicomane rejoint le destin de tous ceux qui refusent le sectarisme et le totalitarisme, la dépendance ou l'abstinence, et qui souhaitent «tenir compte de l'équilibre nouveau introduit par la pratique addictive dans le parcours d'une vie.»

Bernard Fasel

Cours, séminaires

Modules de formation continue ARIA

Réduire les risques liés à l'injection et prévenir les overdoses

Jacqueline Reverdin - Emmanuel Ducret et /ou Chantal Berthet - Thierry Musset
6 et 7 mars 2003

Civilité versus incivilités et débordements? Promotion de la citoyenneté et pratiques du travail sur le groupe

Lia Cavalcanti
4 février 2003

Traumatismes et dépendances: Approches utiles et renforcement des compétences de l'utilisateur

Daniel Peter - Roland Gammeter - Pierre Jaquier - Isabel Eiriz - Philippe Conne - Christine Davidson - Philippe Maso
24, 25, 26 mars 2003

Travailler à partir des compétences sociales des usagers

Jean-François Briefer - Anne-Catherine Graber - Olivier Amiguet
1 jour - 8 mai 2003

Pratiques du message de prévention dans la réduction des risques

Laura Cardia-Vonèche - Nathalie Christinet - Martine Baudin - Tony Rotondo,
1 jour - 26 mai 2003

Programme complet et informations:
ARIA, case postale 638, 1401 Yverdon
024 426 34 34, fax 024 426 34 35,
e-mail: great.aria@span.ch

Modules de formation fordd

Orientation dans le champ des dépendances; repères socio-politiques et légaux

Jean-Dominique Michel - Geneviève Ziegler - Christian-Nils Robert - Cristina Arrigoni - Françoise Dubois-Arber - Viviane Prats - Nicolas Dietrich - Olivier Guéniat - Louis-Pierre Roy,
30 janvier, 6 février et 20 mars 2003

Médecine et psychiatrie des addictions

J. Besson - T. Bischoff - Dresse B. Broers - I. Chossis - J.B. Daepfen, - N. Feldman - R. Gammeter - M. Monna - M. A. Petitpierre - P. Sanchez-Mazas
Les jeudis 20 et 27 mars et 3 avril 2003

Approche cognitivo-comportementale des addictions niveau 1

Françoise Bourrit - Marina Croquette-Krokar - Christine Davidson - Catherine Jaquet - Arlette Perrin
Quatre après-midi : les lundis 3, 10 17, 24 mars 2003

Approche systémique des addictions

Daniel Alhadeff - Olivier Amiguet - Nure Becirevic - Jean-

François Briefer - Isabelle Chaudet - Stefano Cirillo - Luisella Congio-Mertel - Marguerite Kenzelmann - Philip Nielsen - Benoît Reverdin - Miguel Samaniego - Rodolphe Soullignac - Nicolas Wermeille - Jean Zufferey
Jeudi 13 mars et vendredi 14 mars
Vendredi 28 mars 2003

Traumatismes et dépendances: approches utiles et renforcement des compétences de l'utilisateur

Daniel Peter - Roland Gammeter - Isabel Eiriz - Philippe Conne - Pierre Jaquier - Christine Davidson - Philippe Maso,
Lundi 24, mardi 25, mercredi 26 mars 2003

Programme complet et informations:
fordd, case postale 638, 1401 Yverdon
024 426 34 34, fax 024 426 34 35,
e-mail: great.aria@span.ch

La fordd a mis sur pied le

«Certificat interprofessionnel en addictions»

Règlement, inscriptions au secrétariat de la fordd ou sur internet:
www.infoset.ch/inst/fordd/



CERTIFICAT FIL ROUGE D'ACTEUR DE PREVENTION

VOUS

- travaillez dans le domaine social, éducatif, scolaire ou de la santé
- êtes intéressé-e par la promotion de la qualité de vie et la prévention
- désirez mettre sur pied un projet de prévention des dépendances sur votre lieu de travail

NOUS vous proposons un **Certificat d'acteur de prévention** qui vous permet de:

développer des actions de **promotion de la santé** et de **prévention des dépendances**

Le cycle complet de formation comptera 28 jours (168h) répartis sur deux ans, auxquels s'ajoutera du temps de travail personnel. La formation offrira des modules communs obligatoires et des modules à option. Un projet de prévention sera élaboré durant le cycle de formation. Début de la formation: septembre 2003.

Renseignements, inscription: Fil rouge, 024 426 34 34 - e-mail: great.aria@span.ch - www.infoset.ch/inst/filrouge/