



Note n°2013-04, à l'attention de la MILDT et de la DGS  
Saint-Denis, le 27 janvier 2014

Pôle Evaluation des politiques publiques  
Ivana OBRADOVIC  
[ivana.obradovic@ofdt.fr](mailto:ivana.obradovic@ofdt.fr)

## Table des matières

Contexte et objectifs de l'étude.....	3
Méthode.....	4
1. <i>Intérêts et limites de la méthode des focus groups</i> .....	4
2. <i>Constitution du focus group et déroulement des échanges</i> .....	5
3. <i>Principes d'analyse du matériau recueilli</i> .....	6
Résultats.....	6
1. <i>Des profils différenciés de structures porteuses</i> .....	6
Points communs .....	6
Différences.....	6
2. <i>Des conditions de mise en place disparates</i> .....	7
La réponse à une réflexion préalable sur la cocaïne .....	7
Des déclinaisons locales d'un même objectif .....	7
- Aller au-devant des usagers de cocaïne précarisés.....	7
- Améliorer le dépistage des troubles symptomatiques d'un usage de cocaïne .....	8
- Mieux identifier et traiter les facteurs de rechute liés au stress.....	9
- Améliorer le partenariat entre structures pour repérer les usagers à risque de rechute .....	9
Des vertus incitatives de l'appel d'offres.....	10
Principaux freins à la mise en place du dispositif.....	10
Quatre structures, quatre parcours de mise en place d'une « consultation cocaïne » .....	10
- BIZIA, CSAPA/CAARUD associatif, Bayonne et Saint Jean de Luz (Aquitaine).....	11
- Espace Murger, CSAPA hospitalier (Hôpital Fernand-Widal), Paris (Ile-de-France).....	12
- Bus 31/32, CSAPA/CAARUD, Marseille (PACA) .....	13
- CEID, CSAPA/CAARUD, Bordeaux (Aquitaine) .....	14
3. <i>Du côté des usagers : profils et motifs de recours</i> .....	15
Un public adulte, majoritairement masculin et précarisé.....	15
La cocaïne, une problématique parmi d'autres.....	15
Une prédominance des profils de polyconsommation .....	16
Une population marquée par de fortes comorbidités psychiatriques.....	17
Des motifs de recours majoritairement contraints .....	17
La problématique des « usagers cachés » de cocaïne .....	19

4. <i>Recrutement, attractivité, conditions d'accueil</i> .....	20
Freins à l'attractivité.....	20
- L'absence de demande spontanée.....	20
- La crainte de stigmatisation, premier frein à l'attractivité des consultations cocaïne.....	20-
- La difficulté de « retenir » les patients dans le dispositif.....	20
Pistes d'amélioration.....	21
- Garantir des conditions d'accueil spécifiques aux usagers de cocaïne.....	21
- Diversifier les portes d'entrée et les indications pour capter tous les profils à risque.....	23
- Déployer et généraliser le dispositif.....	24
5. <i>Pratiques cliniques (repérage, intervention, etc.)</i> .....	26
Des pratiques de repérage diversifiées.....	26
De la difficulté d'assurer le suivi des patients.....	26
La nécessité d'adapter la prise en charge en l'absence de traitement médicamenteux.....	27
- Les ambiguïtés de la prise en charge.....	27
- Facteurs d'échec de la prise en charge.....	30
- La difficulté de valoriser la plus-value des interventions auprès des institutions.....	30
Pistes d'amélioration du dispositif.....	31
- Faciliter la prescription de traitements médicamenteux de l'addiction à la cocaïne.....	31
- Innover dans la prise en charge en expérimentant le système des vouchers ?.....	31
- Engager une réflexion opérationnelle sur les modalités de prise en charge efficaces.....	32
- Contribuer à faire émerger des professionnels spécialisés.....	33
- Valoriser les formules qui marchent : la pair-émulation.....	33
- Développer les relais en aval.....	33
- Doter les structures d'un outil d'analyse des produits consommés.....	33
6. <i>Perspectives : vers une augmentation des besoins de prise en charge ?</i> .....	34
Un constat commun : des usages de cocaïne en plein essor.....	34
Une accessibilité renforcée par des effets locaux de marché.....	35
Des dynamiques de marché différenciées selon les sites mais toujours en hausse.....	35
- Un marché qui fonctionne en lien avec d'autres.....	35
- Une cocaïne plus fortement dosée.....	36
<b>Conclusion / Synthèse des résultats</b> .....	37
<b>Tableau récapitulatif du profil des structures porteuses de consultations cocaïne et de leur public</b> .....	38
<b>Liste des sigles</b> .....	40

## Contexte et objectifs de l'étude

La cocaïne est le **deuxième produit illicite le plus consommé en France**, derrière le cannabis. Un quart des personnes qui ont expérimenté la cocaïne (1,5 million de personnes en 2010) en ont consommé dans l'année passée. On estime ainsi à 400 000 le nombre d'usagers actuels de cocaïne (qui en ont consommé au moins une fois dans l'année), dix fois moins que pour le cannabis (3,8 millions d'usagers dans l'année).

Alors que la France apparaissait comme un pays relativement peu consommateur en Europe au début des années 2000, elle se situe désormais dans une position intermédiaire. Chez les adultes (18-64 ans), le taux d'expérimentateurs a doublé en dix ans (passant de 1,8 % en 2000 à 3,8 % en 2010) et l'usage de cocaïne dans l'année a crû de façon encore plus marquée (de 0,2 % à 0,9 %). Cette **diffusion de la cocaïne** touche plus particulièrement certaines catégories de population. Si les jeunes adultes (18-34 ans) et les hommes sont les plus concernés, la diffusion de la cocaïne semble s'installer dans certaines classes d'âge (par exemple les 26-34 ans, où la part d'expérimentateurs atteint 8 % en 2010) et s'élargir à de nouveaux groupes de population, notamment les plus jeunes : 3 % des adolescents de 17 ans déclarent ainsi avoir essayé la cocaïne en 2011, trois fois qu'une décennie plus tôt (0,9 % en 2000).

L'**usage actuel de cocaïne** (dans l'année précédente) s'est lui aussi élevé de façon continue, passant de 0,2 % en 2000 à 0,6 % en 2005 puis à 0,9 % en 2010 parmi les 18-64 ans. Il concerne en premier lieu les 18-25 ans (2,5 %), surtout de sexe masculin (3,7 % des hommes vs 1,3 % des femmes). Si l'usage de cocaïne reste plus fréquent chez les hommes, il progresse fortement chez les femmes : entre 2000 et 2010, la part des femmes âgées de 18 à 64 ans qui ont consommé de la cocaïne dans l'année a été multipliée par 4 (passant de 0,1 % à 0,4 %), contre 3 pour les hommes (de 0,5 % à 1,4 %). Cette progression va de pair avec une évolution des modes d'usage (essor de la pratique du basage chez les usagers de cocaïne-poudre)<sup>1</sup>. **Pourtant, la prise en charge par les dispositifs spécialisés reste rare**. En 2011, moins de 5 % des admissions en CSAPA<sup>2</sup> concernaient la cocaïne à titre principal, le dispositif spécialisé accueillant encore très majoritairement des usagers d'opiacés. Les 5 400 usagers de cocaïne reçus chaque année, chiffre stable depuis 2006, demeurent très en deçà des niveaux d'usage en population générale.

Afin de répondre à l'essor des usages de cocaïne et pallier les insuffisances du dispositif de prise en charge existant, principalement centré sur les opiacés, le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2008-2011 s'est fixé l'objectif de « *développer de nouvelles modalités de prise en charge des usagers de cocaïne* », en vertu des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Pour encourager les professionnels à développer, à titre expérimental, des programmes ambulatoires de prise en charge des usagers de cocaïne au sein des CSAPA, un financement incitatif a été ouvert dans le cadre d'un **appel à projets national de la MILDT et de la DGS<sup>3</sup> (mesure I-3-1)**. En 2010, cinq programmes ont ainsi été financés, à hauteur d'environ 20 000 euros chacun (soit un budget global de 102 500 euros).

Après avoir réalisé un premier bilan de ces « consultations cocaïne » (CC) au printemps 2012 (cf. rapport intermédiaire, résumé dans l'encadré ci-dessous), l'OFDT a animé une **réflexion sur les conditions de mise en œuvre de cette nouvelle offre médico-sociale**. Le principe d'une **enquête qualitative** auprès des intervenants des consultations cocaïne a été retenu, afin de répondre à deux objectifs : éclairer les données quantitatives issues de l'enquête par questionnaire conduite entre avril et juin 2012 ; faire émerger des pistes pour améliorer le fonctionnement du dispositif.

Le choix de la **méthode de l'entretien collectif (focus group)** auprès des porteurs de projets a permis d'évaluer le dispositif en prenant en compte le point de vue des acteurs. Cette note présente les résultats de la réflexion collective ouverte avec l'ensemble des structures qui ont mis en place une consultation cocaïne (représentées par un ou deux intervenants), qui se sont réunies à l'OFDT le 6 décembre 2012. Elle permet de dresser un certain nombre de **constats et de propositions** quant à la manière d'adapter l'offre à la hausse des besoins de prise en charge et de susciter la demande auprès des usagers de cocaïne en situation d'abus ou de dépendance. L'enquête a aussi été l'occasion de dresser une photographie des **points de consensus et de débat entre les professionnels**, autour de **trois thèmes principaux** :

1. La nature de la demande émanant du public d'usagers rencontrés et les motifs de recours ;
2. L'accueil, le recrutement et l'attractivité des « consultations cocaïne » (difficultés de recrutement, liens avec le réseau d'amont, partenariats) ;
3. Les pratiques cliniques (modes de repérage, méthodes d'intervention, etc.).

<sup>1</sup> Cadet-Taïrou et al., « Phénomènes marquants et émergents en matière de drogues illicites (2010-2011) », *Tendances*, n°78, 2012.

<sup>2</sup> Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

<sup>3</sup> Circulaire n° DGS/MC/MILDT/2010/242 du 2 juillet 2010.

## Mise en œuvre des consultations cocaïne en CSAPA (mesure I-3-1 de l'appel à projets DGS/MILDT 2010)

L'objectif de cette mesure expérimentale, préconisée par la HAS, était de repérer la consommation de cocaïne chez les patients fréquentant le CSAPA, notamment ceux qui présentent des signes d'alerte somatiques, afin de leur proposer une intervention précoce et un programme thérapeutique individualisé, intensif et multidisciplinaire, après une évaluation initiale de situation.

**En 2010, cinq programmes ambulatoires de prise en charge des consommateurs de cocaïne au sein de CSAPA ont été financés à titre expérimental**, à hauteur d'environ 20 000 euros chacun (soit un budget global de 102 500 €). Ils se répartissent entre quatre régions (Aquitaine, Île-de-France, Provence Alpes Côte d'Azur, Rhône-Alpes). Un équivalent temps plein, en moyenne, à dominante médicale, anime cette consultation spécialisée.

**En deux ans, 600 personnes ont été accueillies** dans les quatre CSAPA porteurs de consultations cocaïne ayant démarré cette activité, avec une montée en charge importante entre 2010 et 2011 (x 4). Cet effectif prend en compte les usagers de cocaïne déjà connus du CSAPA, témoignant néanmoins d'une réelle demande.

Les **situations de dépendance avérée à la cocaïne** sont plus fréquemment observées que l'abus. Les patients présentent cependant des **profils de polyconsommation** : les deux tiers sont dépendants aux opiacés et un tiers sont en situation d'abus ou de dépendance au cannabis et/ou alcool-dépendants. Outre les problématiques associées de dépendance tabagique, 30 % des patients sont dépendants aux médicaments psychotropes et une part non négligeable consomme du crack, c'est-à-dire de la cocaïne basée (17 % en moyenne, de 1 à 50 % selon les structures).

**Majoritairement masculin**, le public s'est rapidement féminisé : en 2011, la part des femmes s'élève à 23 %. Il est marqué par une **forte vulnérabilité sociale** : 25 % des patients vivent dans la rue ou en hébergement précaire et une part équivalente bénéficie de minima sociaux. La majorité des patients sont par ailleurs atteints d'un ou plusieurs **troubles psychiatriques**, 40 % des patients sont **sous traitement de substitution aux opiacés** et près de 30 % déclarent une **séropositivité au VIH, au VHB et/ou au VHC**.

Pour plus de détails, voir : OFDT, Mesures expérimentales du Plan 2008-2011. Rapport intermédiaire, octobre 2012.

## Méthode

L'entretien collectif a pris la forme d'une discussion entre professionnels intervenant au sein des CSAPA financés pour mettre en œuvre la mesure I-3-1, encadrée par un évaluateur de l'OFDT. Deux séances de deux heures ont été organisées au cours d'une journée unique, en décembre 2012, afin de déterminer la réponse du groupe aux problèmes posés par le fonctionnement des consultations cocaïne et les « stratégies » locales mises en œuvre pour faire fonctionner le dispositif.

### 1. Intérêts et limites de la méthode des *focus groups*

Les avantages de la méthode des *focus groups* sont les suivants :

- sa capacité à collecter un grand nombre d'informations précises sur un sujet ciblé : elle offre un matériau qualitatif utile à l'interprétation des résultats d'études quantitatives ;
- sa capacité à rendre compte de la variété des opinions des professionnels sur un sujet donné et à mettre en évidence les différences de perspective, voire les clivages, existant entre différents types de professionnels ;
- sa capacité à objectiver les facteurs associés aux opinions et aux pratiques des différents groupes de professionnels ;
- sa vocation à faire émerger ou tester des idées nouvelles de façon interactive au sein d'un groupe ;
- son faible coût en temps de recueil de données et en moyens financiers.

Les principaux inconvénients de cette méthode sont les suivants :

- elle n'a pas vocation à être représentative ;
- elle présente le risque d'une domination de certains participants au sein du groupe (leaders d'opinion), d'où l'importance d'encadrer la discussion pour gérer la dynamique de groupe.

## 2. Constitution du *focus group* et déroulement des échanges

La méthode des *focus groups* impose des règles de sélection minimales des participants :

- ils doivent avoir des **caractéristiques communes** et homogènes en lien avec le thème abordé ;
- pour autant, ils doivent représenter des **profils différents**, pour que la discussion collective reflète la variété des points de vue sur le sujet traité : types de structures différents, intervenants de formations différentes, etc. ;
- ils ne doivent pas être **trop familiers** entre eux, d'où l'intérêt de choisir des participants issus de régions différentes ;
- ils doivent être **volontaires**.

Compte tenu du faible nombre de structures engagées dans la mise en œuvre de cette mesure expérimentale, la méthode n'imposait pas de construire un échantillon raisonné. Hormis une structure qui n'a pas répondu aux courriels d'invitation<sup>4</sup>, toutes les structures financées au titre des consultations cocaïne ont participé à ce *focus group*, à raison d'une ou deux personnes par structure. Le groupe a ainsi réuni cinq participants, représentant quatre structures, implantées dans trois régions (Aquitaine, Île-de-France, PACA) – voir p. 11 et suivantes.

Les critères de sélection des professionnels invités au sein de chaque structure étaient les suivants :

- des **intervenants possédant une pratique clinique** (accueillant eux-mêmes les consommateurs en consultation) ;
- une **diversité des profils de praticiens**, même si le groupe comprend uniquement des médecins : un médecin référent coordinateur d'un CSAPA/CAARUD<sup>5</sup>, deux médecins psychiatres (dont un praticien hospitalier), un médecin addictologue, un neuropsychologue-addictologue-thérapeute TCC, tous étant par ailleurs directeurs de CSAPA ou de CAARUD.

La séance a eu lieu dans les locaux de l'OFDT, dans une salle de réunion calme, facilement accessible et spacieuse. D'emblée, les participants au groupe ont adopté le tutoiement, tout en maintenant le vouvoiement avec l'OFDT. Sans systématiquement se connaître entre eux, la plupart des participants avait connaissance de l'existence des autres structures représentées dans le *focus group*.

Le rôle de l'évaluateur/modérateur était d'animer le groupe, de faire émerger les différents points de vue et d'orienter la conduite de la réunion par la reformulation des réponses et la synthèse des échanges, tout en relevant les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissaient lors des réunions.

Le contexte institutionnel et les objectifs de la réflexion ont été précisés dès l'introduction et le principe de la méthode du *focus group* a été présenté. L'accord des participants pour l'enregistrement audio et la retranscription des échanges a été obtenu. Les règles de discussion au sein du groupe ont été posées :

- limitation des échanges à l'état actuel du dispositif, à moyens constants et sans remise en cause des principes du cahier des charges (limite d'âge, spécificité par produit...);
- répartition et circulation de la parole ;
- respect de toutes les opinions et de la confidentialité des points de vue exprimés ;
- règles de prise de parole visant à garantir la qualité de l'enregistrement (parler de façon audible, éviter les apartés et les conversations parallèles, etc.).

La discussion a été menée en deux temps :

- **état des lieux** des pratiques et des problématiques rencontrées par structure ;
- **stratégies** mises en œuvre pour répondre aux difficultés identifiées et **propositions**.

<sup>4</sup> Il s'agit du CSAPA LYADE-NEMO, en Rhône-Alpes.

<sup>5</sup> Centre et d'Accueil à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues.

### 3. Principes d'analyse du matériau recueilli

La méthode des entretiens collectifs se caractérise d'entrée de jeu par la diversité du matériau recueilli. Les résultats présentés ici s'appuient sur l'exploitation de plus de quatre heures d'enregistrement audio et des notes écrites, mais aussi sur une série d'informations qualitatives non verbales.

L'analyse prend en compte ce qui se passe et s'échange pendant l'interaction verbale mais aussi ce qui « déborde » (apartés, hésitations, reformulations, variations de ton, silences gênés, soupirs, etc.), l'objectif étant de repérer d'éventuels accords ou désaccords tacites, des préoccupations communes (ou, au contraire, clivantes), des évidences partagées, etc. Comme dans les enquêtes de type ethnographique, la restitution mêle éléments factuels et impressions, afin de **livrer une image synthétique des points de vue recueillis**.

Les constats et les propositions présentés dans cette note sont hiérarchisés en fonction de leur **récurrence** et de l'**adhésion** qu'ils ont suscitée dans chacun des deux groupes de participants. Les extraits d'entretiens collectifs sont cités en italique et entre guillemets.

## Résultats

### 1. Des profils différenciés de structures porteuses

#### Points communs

- **Des CSAPA anciens, sensibilisés à l'approche de réduction des risques.**  
Les structures porteuses de « consultations cocaïne » partagent une **sensibilité à la réduction des risques**, qui s'exprime soit par le biais d'une activité complémentaire de CAARUD (BIZIA, Bus 31/32, CEID), soit par une habitude de prise en charge de patients polytoxicomanes, majoritairement usagers d'opiacés (Espace Murger). Hormis BIZIA, il s'agit de structures mises en place dans les années 1970, en réponse à l'afflux de toxicomanes. Deux d'entre elles ont été créées dans le giron de Médecins du Monde.
- **Une activité en secteur urbain** (sauf le CEID de Périgueux).
- **Une file active annuelle importante**, tous produits confondus.

Les intervenants représentant ces structures présentent eux-mêmes des traits communs :

- Tous sont de **formation médicale**, investis **dans le champ de l'addictologie** depuis de nombreuses années.
- Ils ont l'habitude d'intervenir dans les colloques internationaux et sont souvent impliqués dans des activités de recherche : ils ont ainsi en commun d'être **à la fois des praticiens et des experts**, qui se connaissent et se fréquentent dans les colloques organisés sur le sujet de la cocaïne.

Dans ce sens, les participants au *focus group* font partie d'un « milieu » de spécialistes, qui occupent une « niche » dans le domaine de l'intervention et de la recherche sur les addictions. Il font partie du cercle des professionnels reconnus comme experts dans le champ du traitement des addictions.

#### Différences

Les quatre structures invitées à prendre part à la réflexion se différencient toutefois à plusieurs égards :

- D'un point de vue **institutionnel** : deux structures sont rattachées à un Centre hospitalier, les deux autres intervenant dans un cadre associatif, ce qui les rend financièrement plus fragiles.
- D'un point de vue **territorial** : ces structures se situent dans des environnements distincts, en **effectifs de population d'usagers de cocaïne** comme de **dynamiques de marché locales**.

Ces convergences et ces contrastes se retrouvent dans les parcours différenciés de mise en place de la consultation cocaïne.

## 2. Des conditions de mise en place disparates

### La réponse à une réflexion préalable sur la cocaïne

Toutes les structures qui ont mis en place une consultation cocaïne avaient déjà initié une réflexion sur la prise en compte des usagers de cocaïne au sein du CSAPA :

« On avait des *habitudes de suivi* de ces patients-là, ambulatoire, d'hospitalisation (...). On a aussi beaucoup travaillé au moment de la mise en place du CSAPA d'EGO, à partir de 2007, sur des outils d'évaluation » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, **Paris**).

« Ce programme cocaïne nous a vraiment permis de **beaucoup plus nous concentrer** sur la problématique qu'on savait déjà préexistante. Cela nous a vraiment ouvert les yeux sur l'importance du problème, notamment à Marseille. Nous avons une file active potentielle de 300 personnes par an qui sont concernées par le problème, avec assez peu de personnes qui viennent nous voir que pour ça. C'est plutôt nous qui allons vers les usagers que le contraire » (médecin de CSAPA/CAARUD, **Marseille**).

« Nous nous sommes **intéressés depuis longtemps** à la problématique de la cocaïne étant donné que notre position très frontalière faisait que beaucoup de nos jeunes consommateurs traversaient la frontière, et vice-versa, pour consommer des substances. (...) [Nos usagers] traversaient la frontière et consommaient énormément de produits » (neuropsychologue-addictologue formé aux TCC, CSAPA-CAARUD, **Sud Aquitaine**).

Dans ce contexte, l'objectif de développer une prise en charge globale, multidisciplinaire et individualisée des usagers de cocaïne fixé par l'appel d'offres a été décliné en fonction de la réflexion préalable menée dans chacune des structures. Les termes du cahier des charges ont été ajustés aux besoins des structures financées, selon trois critères :

- leurs spécificités (possibilité d'orientation spécialisée pour les CSAPA hospitaliers),
- leur seuil d'accueil (bas seuil ou non),
- leur public habituel.

### Des déclinaisons locales d'un même objectif

Chaque structure s'est approprié les termes de l'appel d'offres de façon à **élargir son offre habituelle** de prise en charge des usagers de cocaïne. Le plus souvent, le financement a servi d'appui pour **renforcer le repérage des usagers de cocaïne**.

#### - *Aller au-devant des usagers de cocaïne précarisés*

Le Bus 31/32 à **Marseille**, structure de bas seuil, a ainsi développé en priorité le repérage et le premier contact. Le financement apporté par l'appel d'offres a permis d'**embaucher un animateur de prévention** spécifiquement pour aller au-devant des usagers de cocaïne précarisés, là où ils se trouvent, à travers le **travail de rue** :

« Ça nous a simplement permis d'avoir les moyens de plus prendre en compte et en charge la consommation problématique de cocaïne, qu'on savait préexistante mais on ne pouvait pas matériellement **aller plus vers les usagers de cocaïne**, alors que maintenant on peut vraiment le faire. Avec un **animateur de prévention en plus**, on peut faire du travail de rue deux fois par semaine, ce qui n'était pas le cas avant. Là, ça change vraiment tout » (médecin de CSAPA/CAARUD, **Marseille**).

Ce poste **supplémentaire a permis d'établir une première accroche avec un public réputé difficile à atteindre**. Si cette stratégie du « premier pas » ne donne pas des résultats immédiats, elle permet aux usagers de cocaïne d'identifier la structure qui pourra, le cas échéant, leur offrir une prise en charge :

« Si je prends l'exemple du Bus, c'est surtout le **repérage** [qui a été développé avec le montant de l'appel d'offres], qui est essentiel parce que la durée moyenne de séjour est d'un mois, donc c'est très rapide. Ce sont des personnes qui viennent, peut-être une ou deux fois, mais elles ont au moins été accueillies une fois dans une structure qui ne les a pas foutues dehors et qui s'est intéressée à leur problématique de consommation sans les juger. C'est déjà **un premier pas**, même si on ne sait pas quand elles vont revenir après. Par exemple, au niveau du Bus, c'est essentiellement ça qu'on a pu faire » (médecin de CSAPA/CAARUD, **Marseille**).



- **Améliorer le dépistage des troubles symptomatiques d'un usage de cocaïne**

Alors qu'à Marseille, l'appel d'offres a constitué un point d'appui pour cibler les usagers de cocaïne difficiles à atteindre, à **Paris**, le CSAPA hospitalier Espace Murger a pris appui sur le financement de l'appel d'offres pour **mettre en place une approche de repérage innovante des usagers de cocaïne**. Bien identifié par les patients comme une structure spécialisée dans la prise en charge des dépendances aux drogues illicites (la file active inclut 900 patients par an, dont un tiers de dépendants à la cocaïne comme produit principal ou secondaire), et bénéficiant déjà d'une complémentarité avec les services hospitaliers dans la prise en charge, ce CSAPA a mobilisé le financement lié à l'appel d'offres, non pas pour ouvrir la prise en charge aux usagers de cocaïne, ce qu'elle faisait déjà, mais pour **recruter un mi-temps d'assistant de recherche clinique spécifiquement dédié à l'évaluation des patients et à la recherche clinique** :

*« On avait déjà [plein de] choses qui étaient en place et qui continuent. Alors quand l'appel à projets est sorti, on s'est dit qu'on n'allait pas demander un financement pour des choses qu'on fait déjà et qu'on allait essayer de faire quelque chose de plus. Il y avait un besoin qui nous paraissait non satisfait qui était l'évaluation plus somatique de ces patients, notamment cardiologique. On a eu un petit financement pour un mi-temps. Il se trouve que c'est une psychologue qui a occupé le poste mais l'idée était d'avoir une fonction d'attaché de recherche pour mettre en place un projet innovant pour nous, en tout cas d'essayer de voir ce qu'on pouvait mettre en place avec les collègues cardiologues de Lariboisière pour avoir des évaluations systématiques des manifestations coronariennes chez ces patients-là » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, **Paris**).*

Ce CSAPA a donc profité du financement complémentaire offert par l'appel d'offres pour aller au-delà de la prise en charge existante en testant **un programme expérimental de repérage des complications cardiologiques chez des patients consultant pour une consommation problématique de cocaïne** :

- un programme de **dépistage des complications cardiaques induites par l'usage de cocaïne**, mis en place avec l'aide des médecins du service de cardiologie de l'hôpital Lariboisière, qui ont assuré la formation d'un des médecins du CSAPA pour le dépistage et l'identification des douleurs thoraciques afin de recueillir les éléments orientant vers une douleur d'origine coronarienne.
- La personne recrutée participait également à un programme de **dépistage des symptômes psychotiques induits par l'usage de cocaïne**. Sa mise en place a fait suite à un travail collaboratif mené durant les années 2008 et 2009 entre deux CSAPA (Espace Murger et EGO), qui avait permis d'établir que **86 % des patients dépendants à la cocaïne présentent des symptômes psychotiques transitoires dans les heures suivant la consommation de cocaïne**. L'attaché de recherche clinique embauché grâce au financement MILDT a contribué au **recrutement de patients permettant de poursuivre cette recherche**, ce qui a permis l'évaluation de 77 patients supplémentaires en 2011 sur ces aspects. Le projet a déjà fait l'objet de plusieurs publications internationales<sup>6</sup>.

Le rôle de l'assistant de recherche clinique embauché grâce au budget de l'appel d'offres était de proposer systématiquement à tous les patients de la consultation présentant une dépendance à la cocaïne (en produit principal ou secondaire) de prendre rendez-vous avec le médecin en charge de ce programme. Ce poste spécifique a ainsi permis de :

- **systématiser l'évaluation cardiologique des patients reçus dans les services d'urgence présentant des douleurs thoraciques, souvent symptomatiques d'usages excessifs de cocaïne**. S'appuyant sur les résultats de la recherche, l'équipe a en effet intégré l'objectif de prévenir le risque d'infarctus précoce chez les usagers de cocaïne :

<sup>6</sup> Vorspan F, Bloch V, Brousse G, Bellais L, Gascon J, Lépine JP. Prospective assessment of transient cocaine-induced psychotic symptoms in clinical setting. *American Journal of Addictions* 2011 . 20 (6) : 535-7.

Vorspan F, Brousse G, Bloch V, Bellais L, Romo L, Guillem E, Coeuru P, Lépine JP.. Cocaine-induced psychotic symptoms in French cocaine addicts. *Psychiatry Res* 2012, Apr 30.

Brousse G, Vorspan F, Ksouda K, Bloch V, Peoc'h K, Laplanche JL, Mouly S, Schmidt J, Llorca PM, Lepine JP. Could the inter-individual variability in cocaine-induced psychotic effects influence the development of cocaine addiction? Towards a new pharmacogenetic approach to addictions. *Med Hypotheses*. 2010;75(6):600-4.



« Il y a pas mal d'études dans des services d'urgence générale, notamment en Espagne, en Angleterre et aux États-Unis, qui disent que, pour 2 à 7 % des gens qui se présentent avec des douleurs thoraciques aux urgences, c'est associé à de la prise de cocaïne récente. Et ceux qui ont fait des suivis prospectifs de ces patients-là disent qu'il y a peu d'infarctus dans les années qui suivent, que ceux qui font des infarctus ont tous eu de façon préalable des manifestations angineuses transitoires. On ne sait pas mesurer le **risque d'infarctus**, mais même si c'est 1 ou 2 %, ce sont quand même des **sujets relativement jeunes** qui ne sont pas censés mourir d'un infarctus. On a à la fois **l'évaluation réelle de ce risque-là et le suivi prospectif à mettre en place**, et puis on se dit qu'on s'appuiera après sur ça pour des actions de réduction des risques. C'est ça qu'on a voulu faire comme action sur ce dispositif innovant parce qu'il y a d'autres choses qu'on faisait mais ça, on ne le faisait pas. Maintenant on va essayer de le faire de façon plus routinière et de le faire rentrer dans nos pratiques quotidiennes » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

- **mettre en place une surveillance et un suivi prospectif des patients usagers de cocaïne présentant un risque d'infarctus**, en les accompagnant vers des explorations cardiologiques à l'hôpital Lariboisière. Il semble avoir démontré l'utilité d'inscrire ce suivi prospectif des patients dans le soin courant.

#### - **Mieux identifier et traiter les facteurs de rechute liés au stress**

De même, le CEID de **Bordeaux** s'est inscrit dans une **approche innovante de repérage des publics à risque**, guidée par les résultats de recherche internationaux visant à attirer le public des usagers de cocaïne vers une prise en charge. Ainsi a-t-il développé une stratégie thérapeutique visant à **traiter les troubles anxieux pour améliorer l'aide au sevrage et la prévention de la rechute**. Inspirés par une série de travaux qui démontrent l'importance des facteurs liés au stress dans les facteurs de rechute vers l'addiction à la cocaïne, tout particulièrement chez les femmes<sup>7</sup>, les professionnels de ce CSAPA ont expérimenté, en lien avec la Faculté de psychologie, l'acceptabilité, la faisabilité et l'efficacité d'une thérapie brève (EMDR<sup>8</sup>) sur les facteurs de stress et secondairement sur l'addiction. Le financement au titre de l'appel d'offres s'est donc intégré dans un ensemble d'initiatives du CSAPA (formations spécifiques du personnel du CSAPA<sup>9</sup>, recherches expérimentales), dont l'objectif final est de concevoir « une offre de soins originale » qui puisse faire l'objet d'« une communication grand public » permettant *in fine* d'« élargir la patientèle à des personnes jusqu'alors très éloignées du CSAPA »<sup>10</sup>.

#### - **Améliorer le partenariat entre structures pour repérer les usagers à risque de rechute**

Toujours dans la perspective d'améliorer le repérage et la prise en charge des usagers de cocaïne, le CSAPA des **Pyrénées-Atlantiques**, porteur d'une CC depuis janvier 2010, a, lui, opté pour le développement d'un **traitement collectif en première approche** (séances de groupe de prévention de la rechute). Après avoir mis en place, en 2011, une réflexion pour créer une nouvelle activité de groupe thérapeutique destinée aux usagers de cocaïne afin de prévenir la rechute, il a pu, grâce au **recrutement d'un temps de psychothérapeute TCC**, rendre cette activité effective à partir de janvier 2012 :

« Le programme spécifique pour lequel on a été financés nous a permis d'avoir une collaboration étroite avec SUERTE qui est un centre résidentiel situé à une vingtaine de kilomètres de BIZIA, à Bayonne, sur le territoire des Landes. Bien que ce soit dans les Landes, c'est le territoire de santé de Bayonne. Cela nous a permis de mettre en place des **séances de groupe de prévention de la rechute au niveau de SUERTE** parce que SUERTE avait des patients mais n'avait pas de psychothérapeute TCC pour la prévention de la rechute des usagers de cocaïne. Nous, on avait un certain nombre de personnes qui se formaient, et qui continuent à se former. A ce jour, il y a six psychothérapeutes TCC à BIZIA, pas tous à temps plein. Dans le cadre de ce projet, on a pu mettre en place les TCC en groupe à SUERTE pour les usagers de SUERTE ou les usagers de BIZIA qui sont accueillis à SUERTE. A l'inverse, à la sortie de SUERTE, l'utilisateur y reste entre trois, quatre,

<sup>7</sup> Hien et al., *Am J Psychiatry* 167:1, January 2010 ; Potenza et al., *Am J Psychiatry* 169:4, April 2012.

<sup>8</sup> Voir note de bas de page n°17 (p.14) pour l'explication de cette approche.

<sup>9</sup> Formation d'une psychologue clinicienne à l'EMDR et à des approches spécifiques de prévention de la rechute/cocaïne ; formation d'une autre psychologue clinicienne à l'évaluation au moyen d'échelles de mesure du stress, de l'anxiété, de la dépression et de l'ASI, etc.

<sup>10</sup> Depuis, le résultat de ce travail a été publié : Delile J-M, Reiller B, Othily E, Perez-Dandieu B, Cassen M. « Femmes, stress post-traumatique et addictions ». In: Plourde C, Laventure M, Landry M, Arseneault C, editors. *Sortir des sentiers battus ; pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants*, Montréal, Presses de l'Université de Laval, 2013.

*six mois parfois, nous continuons le suivi en prise en charge individuelle à BIZIA » (neuropsychologue-addictologue, CSAPA-CAARUD, Bayonne et Saint-Jean de Luz).*

L'intervention de prévention collective offerte par BIZIA a servi, en l'espèce, à repérer les patients en situation d'usage problématique de cocaïne dans une structure de soins partenaire, d'une part ; à améliorer le partenariat avec cette structure résidentielle située non loin, d'autre part.

## Des vertus incitatives de l'appel d'offres

Chaque structure s'est approprié le financement par rapport à ses spécificités, ses besoins et son public habituel. Cette appropriation différenciée a été rendue possible par deux facteurs :

- Le **critère d'inclusion** n'était pas précisé dans le cahier des charges, incluant donc par défaut l'ensemble des consommateurs de cocaïne : cela a permis à chacun d'y « *trouver son biscuit* », selon les termes du médecin-psychiatre responsable du CSAPA parisien ;
- Les **montants de financement** accordés par l'appel d'offres étaient de toute manière jugés insuffisants pour répondre à un objectif aussi ambitieux. Toutes les structures ont donc été amenées à adapter le projet au volume financier obtenu :

*« [L'objectif d'une prise en charge globale, multidisciplinaire, individualisée] était un peu contradictoire avec les montants de l'appel d'offres... On ne pouvait pas monter un programme multidisciplinaire intensif précoce en partant de zéro avec le montant de l'appel d'offres. Je pense que c'est pour ça que chacune des structures, ayant déjà ses habitudes de fonctionnement, a amélioré un point ou un autre. On parle d'un montant de 20 000 euros.... C'est contradictoire avec un appel d'offres qui est trop vaste. Cela a été utile, je suis la première à le dire, mais il fallait déjà des structures existantes et avec un certain nombre de personnels » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).*

*« Cinq centres, 20 000 euros, compte tenu de l'ampleur du problème, c'est très peu. Même si on est très contents d'avoir pu engager des actions dessus » (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).*

## Principaux freins à la mise en place du dispositif

Les freins à la mise en place du dispositif concernent d'abord l'**arrivée tardive des financements**, souvent compensée par les ressources propres de la structure porteuse :

*« On a eu le financement annoncé en 2010 et, comme on est dans une structure hospitalière, l'hôpital a finalement avancé l'argent avant la dotation réelle, ce qui fait qu'on a pu débiter en 2011. On a donc l'année 2011 et l'année 2012 complètes avec ce dispositif » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).*

À ces **délais d'acheminement des ressources financières s'ajoutent parfois des problèmes de ressources humaines** (formation, recrutement). Une structure déplore tout particulièrement la difficulté de trouver du personnel médical formé à la problématique de l'usage de cocaïne, en contexte rural :

*« Il y a [aussi] les délais pour que les financements arrivent au fin fond de la Dordogne avec, il y a ensuite les délais liés à nos propres difficultés de recrutement de personnels spécifiques » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).*

L'**insuffisance des orientations vers le dispositif, en amont**, est également dénoncée par les professionnels. Il semble en effet qu'un nombre très faible de patients soient adressés vers la CC « par le réseau » et, par ailleurs, les usagers de cocaïne ayant intégré le dispositif de soin classique ont peu de chances de « basculer sur ce programme expérimental ». De ce fait, un travail important de communication devrait encore être réalisé pour faire connaître l'existence de ces consultations spécialisées au grand public. Une structure avance en outre que les modalités d'intervention ont dû être substantiellement adaptées aux besoins du public. Selon elle, une minorité des usagers a bénéficié d'une prise en charge spécifique concernant la cocaïne (moins de 5 %), la plupart étant pris en charge pour une dépendance aux opiacés accompagnée d'une consommation problématique de cocaïne.

## Quatre structures, quatre parcours de mise en place d'une « consultation cocaïne »

La variété des profils de structures représentés dans le groupe est redoublée par des parcours de mise en place de la « consultation cocaïne » fort différenciés, résumés dans les encadrés ci-dessous.

## - **BIZIA, CSAPA/CAARUD associatif, Bayonne et Saint Jean de Luz (Aquitaine)**

### **Cadre d'intervention de la structure**

BIZIA est une association qui assure la prise en charge bio-psycho-sociale de l'ensemble des addictions (CSAPA) et met en œuvre des actions de réduction des risques (CAARUD). Créée par Médecins du Monde (MDM) en 1994, elle s'est autonomisée avant d'être reprise par l'association BIZIA en 2000. De ce passé commun résulte une attache avec Médecins du Monde. De fait, l'association BIZIA héberge au sein de ses locaux la Mission Réduction des Risques (anciennement mission Rave de MDM), qui délivre des messages et du matériel de prévention et de réduction des risques en milieu festif et en squat, surtout en transfrontalier (risques liés au contexte festif, aux IST et à la conduite automobile). Elle est rattachée au Centre Hospitalier Côte Basque. Ses locaux d'accueil sont situés à Bayonne (antenne principale) et Saint Jean de Luz ; elle gère aussi une consultation avancée au CSAPA SUERTE de Saint Martin de Seignanx.

### **La cocaïne : une problématique ancienne et récurrente**

La problématique de la cocaïne est ancienne dans cette partie du Pays basque, frontalière de l'Espagne, premier pays européen consommateur de cocaïne : « *Nous nous sommes intéressés depuis longtemps à la problématique de la cocaïne étant donné que notre position très frontalière faisait que beaucoup de nos jeunes consommateurs traversaient la frontière, et vice-versa, pour consommer des substances* » (neuropsychologue-addictologue, CSAPA-CAARUD, Bayonne et Saint-Jean-de Luz). Par ailleurs, suite à l'épisode dit de la « marée blanche », la demande de prise en charge a augmenté : en 2004 et 2006, des vagues de cocaïne (probablement perdue par des trafiquants par voie maritime) sont venues s'échouer sur des plages particulièrement peuplées. Cet arrivage massif a fait baisser les prix (entre 15 et 20 € le gramme sur la côte basque) et a participé à une hausse de la consommation chez les plus jeunes, d'autant que la cocaïne jouissait d'une image plus valorisante que l'héroïne (« *la cocaïne, c'est la drogue des stars, des mannequins, etc.* »). Ces éléments de contexte ont amené BIZIA à développer une réflexion autour de la prise en charge des usagers de cocaïne.

### **Une réflexion et des initiatives récentes pour une meilleure prise en charge**

Après une première recherche-action conduite en 1999 par la Mission Rave de MDM, qui a permis d'identifier les produits consommés et les flux migratoires liés à la cocaïne, une seconde étude visant à comparer le contenu et les dosages des substances circulant de part et d'autre de la frontière franco-espagnole a été menée pendant deux ans en 2003 (notamment à partir des échantillons collectés dans le cadre de SINTES). Celle-ci a montré une forte spécificité des marchés français et espagnol :

*« On pensait que, comme les personnes traversaient la frontière sans discrimination, les produits le faisaient aussi. Nous avons été surpris parce que ce n'était pas exactement comme ça. Les produits de chaque côté de la frontière restaient assez spécifiques, comme s'il y avait deux marchés parallèles. Bilbao était une plaque assez importante d'arrivée de cocaïne, en provenance de Colombie surtout, parce que Bilbao est doté d'un grand port. Les cocaïnes prélevées sur Bilbao étaient extrêmement pures, en moyenne à plus de 82 % de pureté, jusqu'à 96-97 %, alors que les échantillons de cocaïne que l'on collectait de notre côté de la frontière étaient titrés entre 40 et 54 % au maximum. Néanmoins, les usagers traversaient la frontière et consommaient énormément de produits ».*

BIZIA a alors engagé une collaboration clinique avec l'hôpital de San Pau à Barcelone, notamment avec Miguel Casas (psychiatre qui a monté une unité de sevrage et de prise en charge spécifique de patients cocaïne) et Jose Pérez de Los Cobos (Président de la Société Espagnole de Toxicomanie, qui participe aux travaux de recherche d'un vaccin contre la cocaïne pour les personnes dépendantes). Cette collaboration a inspiré la mise en place de la consultation cocaïne. Comme l'hôpital de San Pau, BIZIA s'est appuyée sur l'ouvrage de Kathleen Carroll<sup>11</sup>, Professeur en psychiatrie à l'Université de Yale (États-Unis), pour développer une offre médico-sociale fondée sur le recours aux TCC pour prévenir la rechute de la cocaïne.

### **Cadre de mise en place du programme expérimental MILDT/DGS**

Le programme a permis d'organiser des **séances de groupe de prévention de la rechute** au sein de SUERTE, centre résidentiel situé à 20 km de BIZIA, à Saint Martin de Seignanx, qui avait des usagers de cocaïnes mais pas de psychothérapeute TCC formé pour traiter la prévention de la rechute. Depuis 2010, les usagers de cocaïne sont donc pris en charge par BIZIA, dans son antenne principale à Bayonne mais aussi dans l'antenne de Saint-Jean-de-Luz, qui prend en charge les patients de Saint-Jean-de-Luz, Hendaye, etc., c'est-à-dire ceux qui sont les plus proches de la frontière et donc les plus touchés par les problématiques de cocaïne. Quelques **psychothérapies en TCC** ont également été mises en place à Saint-Jean-de-Luz (mise à disposition d'un professionnel dédié à la prise en charge de ces usagers).

<sup>11</sup> Guide de thérapie cognitive et comportementale, adaptation française du manuel écrit par le Dr Kathleen Carroll, traduction par Laurent Karila.

## - Espace Murger, CSAPA hospitalier (Hôpital Fernand-Widal), Paris (Ile-de-France)

### Cadre d'intervention de la structure

Le CSAPA Espace Murger est situé à côté de la gare du Nord, à l'intérieur de l'hôpital Fernand-Widal à Paris, qui a mis en œuvre un des premiers programmes français de prescription de méthadone. Ce CSAPA historique, longtemps dirigé par Jean Dugarin, a été créé en 1975. Son nom fait référence à Henri Murger, l'auteur des « Scènes de la vie de Bohème », décédé dans l'établissement en 1861.

### Une habitude de suivi des usagers de cocaïne

Traditionnellement, la file active du CSAPA regroupe 800 à 900 patients par an, dont près d'un tiers déclarent la cocaïne comme produit principal ou secondaire motivant la demande (200 à 300 patients par an). Avant la mise en place de la consultation cocaïne, le CSAPA avait donc déjà des habitudes de suivi de ces patients, en ambulatoire et en hospitalisation (entre 50 et 80 hospitalisations de sevrage de patients cocaïnomanes reçus en consultation). Par ailleurs, dès 2007, ce CSAPA a initié une réflexion sur des outils spécifiques de prise en charge, en lien avec le CSAPA le plus proche, Espoir Goutte d'Or (EGO), unique structure spécialisée, en France, dans la prise en charge d'usagers de cocaïne et de crack.

### Un pôle de recherche sur la prise en charge des usagers de cocaïne

Depuis 2007, l'équipe du CSAPA a développé des recherches sur le traitement des usagers de cocaïne, qui ont toutes fait l'objet de publications. Elle a ainsi conduit un essai thérapeutique explorant la possibilité d'une approche médicamenteuse de l'aide au sevrage avec l'aripiprazole, neuroleptique commercialisé sous le nom d'Abilify®, qui a démontré une certaine efficacité dans la réduction des consommations chez les usagers de cocaïne<sup>12</sup> ; mis au point un questionnaire en français, utilisé depuis lors de façon routinière dans les hospitalisations de sevrage et en suivi ambulatoire des patients<sup>13</sup> ; mené une étude sur les symptômes psychotiques associés à l'usage de cocaïne auprès de 105 usagers problématiques, publiée en 2012<sup>14</sup>, qui a établi que, parmi les patients reçus en consultation au titre de la cocaïne (« *qui sont tous abuseurs ou dépendants* »), plus de 80 % avaient de façon transitoire des manifestations psychotiques dans les quelques minutes à quelques heures qui suivaient les consommations de cocaïne ou de crack.

### L'appel à projets MILDT/DGS, un catalyseur de réflexion

Dans ce contexte, quand l'appel à projets a été lancé, le CSAPA a saisi l'occasion pour développer un volet de recherche encore inexploré, sur l'évaluation somatique de ces patients, notamment cardiologique. Un outil de dépistage des complications coronariennes liées à l'usage de cocaïne a été élaboré en lien avec le service de cardiologie de l'Hôpital Lariboisière : il comprend un examen clinique standardisé et une série d'examen simples (prise de sang, électrocardiogramme, etc.), qui a été utilisé de façon systématique chez les usagers de cocaïne reçus en consultation. En 2011, 50 personnes ont été évaluées à travers ce dispositif de dépistage, pour être ensuite suivies par le CSAPA. Ce travail a permis de montrer que la moitié d'entre eux avaient eu, de façon transitoire après des consommations de cocaïne, des douleurs très évocatrices de douleurs coronariennes, en moyenne à 10 reprises. Parmi ces patients, 4 % avaient des anomalies à l'ECG évocatrices de souffrance myocardique passée. Le seul facteur prédictif retrouvé dans ce premier échantillon est un âge précoce des premières consommations de cocaïne<sup>15</sup>.

Par ailleurs, la responsable du CSAPA Espace Murger a fait partie des experts consultés par la HAS pour élaborer des recommandations de prise en charge des usagers de cocaïne : elle est donc partie prenante, de longue date, de la réflexion sur l'amélioration de la prise en charge des usagers de cocaïne.

<sup>12</sup> Vorspan F, Bellais L, Keijzer L, Lépine JP., « An open-label study of aripiprazole in nonschizophrenic crack-dependent patients », *J Clin Psychopharmacol*. 2008 Oct;28(5):570-2.

<sup>13</sup> Vorspan F, Bellais L, Romo L, Bloch V, Neira R, Lépine JP., « The Obsessive-Compulsive Cocaine Scale (OCCS): a pilot study of a new questionnaire for assessing cocaine craving. », *Am J Addict*. 2012 Jul-Aug, 21(4):313-9.

<sup>14</sup> Vorspan F, Bloch V, Brousse G, Bellais L, Gascon J, Lépine JP., « Prospective assessment of transient cocaine-induced psychotic symptoms in a clinical setting. », *Am J Addict*. 2011 Nov-Dec, 20(6):535-7.

Vorspan F, Brousse G, Bloch V, Bellais L, Romo L, Guillem E, Coeuru P, Lépine JP., « Cocaine-induced psychotic symptoms in French cocaine addicts », *Psychiatry Res*. 2012 Dec 30, 200(2-3):1074-6.

<sup>15</sup> Delchev Y, Fortias M, Dupuy G, Orizet C, Bloch V, Puymirat E, Bellivier F, Lépine JP, Vorspan F. Transient cocaine-Induced Chest Pain: A Case Series. Accepted, *J Addict Med*.



## - Bus 31/32, CSAPA/CAARUD, Marseille (PACA)

### Cadre d'intervention de la structure

L'association Bus 31/32 est en charge de deux structures à Marseille :

- le « CSAPA Bus Méthadone », unité mobile de soins visant à faciliter l'accès aux traitements de substitution d'une part, aux circuits thérapeutiques et sociaux d'autre part ;
- le « CAARUD 31/32 », structure porteuse d'interventions mobiles de réduction des risques (RDR) intégrant tous types de rassemblements et de lieux (manifestations festives alternatives, free parties, travail de rue, lieux d'accueil spécialisés, squats...).

L'origine de l'association remonte aux années 1990, avec la création du programme de réduction des risques de Médecins du Monde (MDM) à Marseille : le bus d'échange de seringues de MDM s'est posé pour la première fois devant la Poste Colbert en juillet 1994, dans un contexte où l'épidémie du VIH/SIDA frappait durement les usagers de drogues injectables. Près de vingt ans plus tard, face aux évolutions du contexte épidémiologique, les actions du Bus 31/32 se sont diversifiées pour répondre à de nouveaux besoins : la RDR dépasse la seule question du dommage infectieux et s'étend plus largement à la prévention des usages à risque. Depuis le décret instituant les CAARUD<sup>16</sup>, MDM a peu à peu transféré ses programmes de RDR à Bus 31/32, qui s'est autonomisée de MDM depuis 2006, même si une partie de son activité y reste localisée.

Le CSAPA mobile Bus méthadone intervient le long du trajet des lignes de bus n°31 et n°32, d'où le nom de l'association, qui fait également référence à l'expression marseillaise qui clame « *Si tu ne viens pas le 31, tu viendras le 32* » (un jour on est vu, le lendemain non, sans que cela porte à conséquence : c'est une métaphore de la réduction des risques à bas seuil). Le CSAPA est qualifié comme étant « à très bas seuil » : « *on peut être amenés à délivrer de la méthadone à quelqu'un qui présente des signes de manque clinique avérés, un samedi ou un dimanche, sans test urinaire préalable. Ce qui est quelque chose qui ne se fait pas forcément partout* ». L'unité mobile est présente 365 jours par an sur deux sites identifiés.

### L'essor de la cocaïne dans la file active des usagers d'opiacés à Marseille

Le public accueilli, fortement précarisé, comprend quasi-exclusivement des dépendants aux opiacés :

*« On s'adresse essentiellement aux personnes qui sont dans des situations de précarité les plus extrêmes. On fait une prise en charge socio-éducative, on prescrit des TSO si besoin et, dès que la personne commence à avoir une petite stabilité sociale – en gros, dès que la personne a la Sécu – on essaie de la pousser vers la sortie pour faire de la place à ceux qui poussent derrière ; il y a du monde, on est à Marseille où il y a des quartiers qui font partie des lieux les plus pauvres de France »* (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).

Au sein de cette clientèle d'usagers de drogues par voie intraveineuse, une partie croissante présente une consommation problématique de cocaïne. La consultation cocaïne a été ouverte en 2011 pour répondre à l'essor de la cocaïne à Marseille, devenue consommation courante parmi les usagers d'opiacés habituellement reçus, et souvent consommée non pas par voie nasale mais intraveineuse :

*« Il y a énormément de circulation de produits ; l'héroïne, ce n'est plus tellement un problème mais la cocaïne est devenue un gigantesque problème (...). La cocaïne à Marseille est quelque chose de récurrent. Nous, on s'adresse essentiellement à des usagers de drogue par voie intraveineuse, c'est 90 % de nos usagers. On a quelques usagers qui consomment par voie nasale mais toutes les personnes que l'on accueille ont essayé au moins une fois la voie intraveineuse. La cocaïne est très présente mais ce programme nous a permis de mesurer l'ampleur de la chose, que l'on savait présente mais que l'on ne savait pas quantifier ».*

### Cadre de mise en place du programme expérimental MILDT/DGS

La quasi-totalité des usagers rencontrés (422 personnes en 2011) sont pris en charge pour une substitution opiacée mais, parmi eux, 60 % déclarent une consommation de cocaïne qui « pose problème » :

*« A mon avis, cela sous-estime le problème réel, c'est-à-dire qu'on parle de personnes qui identifient le problème de la consommation de cocaïne comme étant un problème pour elles et qui nous en parlent ».*

Les consommateurs de cocaïne rencontrés dans le dispositif ambulatoire mis en place par le Bus 31/32 sont donc avant tout des usagers de drogues par voie intraveineuse : seules « cinq ou six personnes » par an sont vues spécifiquement pour un problème de cocaïne sans avoir de prise en charge au titre d'un TSO.

<sup>16</sup> Décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique (NOR : SANP0524015D).

## - CEID, CSAPA/CAARUD, Bordeaux (Aquitaine)

### Cadre d'intervention de la structure et historique de réflexion sur la cocaïne

Le CEID est une association créée en 1972, qui gère des CSAPA et des CAARUD en Aquitaine : Gironde, Dordogne et Pyrénées-Atlantiques (côté Béarn). Son directeur étant coordonnateur régional du dispositif TREND de l'OFDT, le CEID a fait partie de ceux qui ont observé, dans le cadre des travaux de l'OFDT au tournant des années 2000, le développement des usages de cocaïne en dehors des milieux traditionnels et la hausse des demandes de soins en ambulatoire. Lorsque la HAS a ouvert une réflexion sur la cocaïne, en 2009, le directeur du CEID a fait partie des experts consultés par la HAS pour élaborer des recommandations de prise en charge des usagers de cocaïne.

### Conditions de mise en place du programme expérimental MILDT/DGS

Lorsque l'appel à projets a été lancé, le CEID y a répondu en proposant deux programmes, l'un localisé dans le CSAPA du centre-ville de Bordeaux, l'autre dans le CSAPA de Périgueux en Dordogne, en milieu rural, où un nombre non négligeable d'usagers de cocaïne sont vus en consultation de psychiatrie (à Périgueux ou Bergerac). Contrairement aux attentes du CEID, le projet de Bordeaux, où se situe l'essentiel des problèmes liés à la cocaïne, n'a pas été retenu, et celui de Périgueux a été financé (« *Dans notre esprit c'était vraiment un plan B, au sens plan annexe* ») et a démontré la **difficulté de recruter des personnels médicaux formés à la problématique de l'usage de cocaïne en milieu rural** :

*« Malgré l'enthousiasme du directeur, on s'est retrouvés face à une situation un peu délicate, ce qui explique pour une bonne part les délais de mise en œuvre de ce projet. Pas tellement au niveau du recrutement des patients, qui existaient, mais au niveau du recrutement des ressources humaines à même de mettre en œuvre un programme spécifique cocaïne. (...) Trouver un médecin en Dordogne, c'est passablement compliqué ! Trouver un médecin en Dordogne qui accepte d'envisager de faire des prescriptions hors AMM, même de Mucomyst, sans parler de Ritaline et autres, c'est une affaire extrêmement complexe qu'on n'a toujours pas réussi à résoudre complètement. En tout cas à Périgueux. On se disait que ce serait intéressant d'avoir un psychologue formé aux TCC, qui pourrait appliquer des actions spécifiques, mais même dans ce cadre-là, il est apparu assez vite que cela prendrait un certain temps »* (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

La localisation de la consultation cocaïne en milieu rural a, par ailleurs, posé problème y compris dans l'**organisation de la permanence cocaïne**, en Dordogne, où l'éclatement géographique entre le CSAPA et le CAARUD pose problème au médecin, qui doit parcourir le territoire de Périgueux à Bergerac et jusqu'à Sarlat (au moins une heure de route entre les villes).

La mise en place de la consultation cocaïne a donc pris la forme d'une **permanence médicale à Périgueux**, où la cocaïne reste « *plutôt un produit secondaire* ». À Bordeaux, en dépit de l'absence de financement, des actions innovantes ont néanmoins été développées. Une **expérience d'approche psychothérapeutique fondée sur l'EMDR**<sup>17</sup>, notamment pour le traitement de jeunes femmes toxicomanes à la cocaïne dont le parcours addictif avait commencé secondairement à un état de stress post-traumatique, a ainsi été développée. Quand l'état de stress post-traumatique était identifié, le CEID a essayé de proposer, en vertu des recommandations américaines actuelles, de traiter d'abord le stress post-traumatique, en préjugant de l'effet bénéfique de ce traitement sur l'addiction initialement repérée comme secondaire. Cette approche a fait l'objet d'une communication dans un colloque à Genève.

<sup>17</sup> L'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) est une approche psychothérapeutique basée sur l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires. Développée par la psychologue américaine Francine Shapiro en 1987, elle vise à traiter les troubles du stress post-traumatique à travers un traitement adaptatif, qui consiste à transformer le traumatisme par l'établissement de nouvelles connexions neuronales. L'EMDR peut également être développée pour traiter les phobies, l'anxiété ou les états de deuil.

### 3. Du côté des usagers : profils et motifs de recours

#### Un public adulte, majoritairement masculin et précarisé

Confirmant les données épidémiologiques en population générale et celles sur les usagers pris en charge<sup>18</sup>, les intervenants interrogés relèvent que la tranche d'âge la plus concernée par les usages de cocaïne est celle des **jeunes adultes** :

*« Il y a peu de dépendants à la cocaïne jeunes. Dans les consultations jeunes consommateurs, ceux qu'on m'envoie, c'est presque toujours des histoires de cannabis, parce qu'ils commencent à avoir des complications, de la dépendance, des crises d'angoisse, des trucs comme ça. (...) [Les usagers de cocaïne, eux], s'ils ont un problème, vont penser que c'est un mauvais produit »* (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

Le public reçu est **majoritairement masculin**, malgré une certaine « *mode qui est de dire qu'il y a une féminisation* ». Interrogées sur l'apparente féminisation du public observée entre 2010 et 2011 à travers l'enquête par questionnaire, les structures nuancent en effet cette tendance à la hausse de la proportion féminine dans la file active :

*« En addictologie, trois quarts/un quart, c'est un peu la règle dans les drogues dites dures. Sauf pour le tabac. Une féminisation ? Pas forcément du public cocaïne à proprement parler. C'est sûr qu'il y en a qui viennent parce que c'est peut-être un peu plus simple, avant c'était compliqué de venir dans le centre de soins, c'était plus stigmatisant avec le qu'en-dira-t-on... Mais est-ce qu'il y a clairement une féminisation du public spécifiquement cocaïne ? Non »* (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC, CSAPA-CAARUD, Bayonne et Saint-Jean de Luz).

*« [À propos d'une éventuelle féminisation du public] Je ne la vois pas particulièrement. Il est vrai qu'on a commencé par nos patients crackers les plus sévères qui sont plutôt des hommes, mais si ces dispositifs rentrent dans la routine, on aura l'ensemble des publics. Peut-être que les femmes sont plus fidélisées et reviennent plus souvent dans les consultations, mais c'est une impression comme ça, à vue de nez, je n'ai pas de chiffres »* (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

Une des explications de cette **féminisation apparente** résiderait dans la part importante de festivaliers et de jeunes en errance dans la file active de certaines structures, en particulier dans le Sud-Ouest, publics qui se caractérisent en effet par une proportion importante de femmes :

*« La féminisation du cannabis, ça sort dans tous les rapports TREND, c'est très Sud-Ouest, et notamment chez les Basques. Il y a peut-être un élément de confusion. Au cas où l'on arriverait à « recruter » un peu plus de public côté festival et jeunes en errance [dans les consultations cocaïne], ça ferait sans doute plus de femmes. On le voit déjà à travers la clientèle CAARUD, c'est toujours trois quarts/un quart pour tout le monde, sauf pour la sous-catégorie jeunes en errance fréquentant un CAARUD. Donc on se rapproche de moitié/moitié pratiquement. Là, oui, on a énormément de femmes. Mais c'est une population très spécifique : jeunes, crêtes, chiens, post-punks... On en a beaucoup dans le Sud-Ouest, et là, il y a beaucoup de femmes. Et comme dans cette population, il y a pas mal de stimulants, si l'on essaie de cibler là-dessus, on risque d'avoir un appel d'air. Mais sans que cela modifie le ratio sexe pour des clients habituels »* (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

La féminisation du public semble donc peu perceptible dans le public d'usagers de cocaïne reçus dans les quatre structures interrogées.

#### La cocaïne, une problématique parmi d'autres

Au sein du public reçu, la cocaïne apparaît le plus souvent comme une **problématique de second rang**, derrière les états de stress post-traumatique (surtout chez les femmes), les troubles d'hyperactivité et de déficit de l'attention ou les consommations d'autres produits. Dans la structure Bus 31/32 implantée à Marseille, la plupart des personnes accueillies présentent un usage de cocaïne associé à d'autres troubles :

<sup>18</sup> Pousset M.. (dir.), *Cocaïne, données essentielles*, OFDT, Saint-Denis, 2012.



« Nous avons une file active potentielle de 300 personnes par an qui sont concernées par le problème, avec assez peu de personnes qui viennent nous voir que pour ça. C'est plutôt nous qui allons vers les usagers que le contraire » (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).

Dans la plupart des cas, les structures interrogées vont donc vers des usagers rendus visibles par leur précarité socio-économique. En effet, selon les structures, la part des consultants vivant dans la rue ou en hébergement précaire varie de un usager sur dix (BIZIA) à un usager sur deux (Bus 31/32). Près d'un usager sur cinq reçu par BIZIA bénéficie de minima sociaux et 8 % des usagers du Bus 31/32 à Marseille ne bénéficient d'aucune couverture sociale. Par ailleurs, la moitié du public reçu vit seul.

## Une prédominance des profils de polyconsommation

Les usagers reçus dans les consultations cocaïne sont **majoritairement polyconsommateurs**. L'usage problématique de cocaïne est, en effet, systématiquement cumulé avec d'autres produits. Le plus souvent, le produit principal, associé à la cocaïne, est l'héroïne. Dans le public des consultations cocaïne, la plupart des personnes accueillies se sont injecté au moins une fois au cours de leur vie. Au sein de la structure Bus 31/32 implantée à Marseille, 90 % des personnes reçues sont des usagers de drogues par voie intraveineuse. Sur une file active annuelle de près de 450 personnes, seules cinq ou six personnes sont prises en charge pour un problème exclusivement lié à l'usage de cocaïne, sans TSO associé.

On relève par ailleurs **30 % de personnes alcoolo-dépendantes**, en moyenne, dans les consultations cocaïne répondantes à l'enquête et les intervenants soulignent que ce chiffre est sous doute sous-estimé :

« Les patients que l'on a eus dans ce programme-là ont été bien caractérisés sur toutes les autres dépendances. Ce sont des patients qui sont par ailleurs dépendants à 50 % des opiacés, plus pour le cannabis, au moins 40 % de benzodiazépines et 50 % d'alcool. Mais c'est le reflet des populations que nous recevons. Les populations que l'on reçoit qui ont un problème de cocaïne sont très majoritairement des polyconsommateurs » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

Les intervenants signalent également **l'émergence des drogues de synthèse** parmi les produits de polyconsommation des cocaïnomanes :

« Il y a quelques années, je vous aurais dit qu'on ne voyait jamais de méthamphétamine, de crystal ou d'autres drogues de synthèse style méphédrone, là on commence à en voir. Il y a deux, trois ans c'étaient plutôt des cas importés, par exemple des stewards qui en ramenaient d'Angleterre ou des États-Unis, et maintenant on a des cas locaux avec, on l'imagine, des lieux de production en région parisienne. Ils disent qu'ils se procurent leurs produits en France. On disait que c'était très très sporadique, plutôt milieux festifs et homosexuels et des produits d'importation, et là, ça monte. Ils ont des profils très comparables aux crackers. Ce sont des produits qui s'injectent ou se fument, sont très psychotisants, et induisent une dépendance forte » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

À travers ces pratiques de polyusage et de mélange de substances psychoactives aujourd'hui bien connues<sup>19</sup>, le but recherché peut être soit d'« aller plus loin », pour « prolonger la fête » (cocaïne et alcool, cocaïne et ecstasy, cocaïne et amphétamines), soit de maximiser des effets vécus comme positifs : euphorie, lucidité, relaxation (cannabis, LSD, héroïne, ecstasy). Les mélanges sont aussi pratiqués dans le but de « gérer la descente », c'est-à-dire pour calmer l'agitation ou l'insomnie à la fin d'une session de consommation de cocaïne (cannabis, héroïne, sédatifs, alcool). Enfin, les associations de substances visent à minimiser les effets négatifs pendant la prise : la cocaïne peut être consommée pour réduire les effets négatifs de l'ivresse avec l'alcool, ou pour calmer les effets des hallucinogènes. Inversement, le cannabis et l'alcool peuvent être utilisés pour calmer les effets de la cocaïne. Ces usages différenciés de la cocaïne s'inscrivent parfois dans des pratiques locales :

« Comme les fêtes de Bayonne durent cinq jours et qu'on ne peut pas tenir cinq jours en alcoolisation massive parce qu'on finit par s'effondrer, la cocaïne, elle, permet de gérer. Les usagers sont quand même d'excellents pharmacologues et il y a une augmentation de la prise de cocaïne, souvent associée à l'alcool, ce qui est un peu plus compliqué et risqué surtout du fait de la neurotoxicité de la cocaéthylène. Les fêtes de Bayonne et l'usage de cocaïne, c'est quand même un problème important. On n'en parle pas trop parce que ce n'est

<sup>19</sup> Decorte T., *The Taming of cocaine*, Bruxelles, VUB University Press, 2000.

*pas très bien d'en parler, ça ne fait pas très chouette mais, sur le terrain, il y a quand même beaucoup de cocaïne aux fêtes de Bayonne* » (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC, CSAPA-CAARUD, Sud Aquitaine).

## Une population marquée par de fortes comorbidités psychiatriques

Les personnes reçues se caractérisent en outre par de fortes comorbidités psychiatriques :

*« Dans la population que nous on accueille, une population avec une comorbidité psychiatrique absolument phénoménale. On est dans du 30 à 40, voire 50 % de comorbidité psychiatrique »* (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).

Les troubles psychiatriques ont partie liée avec l'usage régulier de cocaïne :

*« On a fait une étude, qui est sortie en 2012, sur les symptômes psychotiques associés à l'usage de cocaïne où l'on voyait que sur des patients tout-venant de nos consultations, qui sont tous abuseurs ou dépendants, il y avait toujours des symptômes psychiatriques associés, et des troubles psychiatriques vie entière pour deux tiers des patients. On n'a pas d'usagers de cocaïne sans complications. Plus de 80 % avaient de façon transitoire des manifestations psychotiques dans les quelques minutes à quelques heures qui suivaient les consommations de cocaïne ou de crack »* (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

Le public reçu en consultation cocaïne est donc bien spécifique et partiellement représentatif de l'ensemble de la population des usagers de cocaïne. Divers travaux ont en effet montré que seul un segment restreint de la population des usagers de cocaïne est connu des institutions sociosanitaires ou répressives et pris en compte en tant que tel. Ces « usagers cachés » sont le plus souvent des usagers d'héroïne de longue durée sous traitement de substitution, qui utilisent occasionnellement ou régulièrement de la cocaïne, ou bien des personnes caractérisées par des situations de grande précarité, notamment des usagers de crack<sup>20</sup>. Ces deux profils majoritaires, marqués par la polytoxicomanie, masquent cependant la diversité de la population des usagers de cocaïne.

## Des motifs de recours majoritairement contraints

L'ensemble des professionnels sollicités font le constat d'une **rareté des demandes spontanées**. La plupart des recours à la consultation cocaïne sont contraints, soit par l'entourage, soit par la médecine du travail ou la justice. Les motifs de recours sont assez fortement différenciés.

Les **demandes de l'entourage** sont souvent liées à des complications somatiques :

*« Ce ne sont pas des demandes spontanées. C'est une demande de l'entourage ou parce qu'il y a des complications graves »* (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

Le plus souvent provoquées par le conjoint, les demandes de l'entourage demeurent cependant rares, en l'absence de signes d'alerte facilement déchiffrables :

*« Avec le cannabis, ça peut marcher parce qu'il y a souvent des signes d'alerte et puis c'est une demande parentale. La cocaïne, ce sont des jeunes majeurs... Éventuellement le conjoint ou la conjointe... À la différence des consultations jeunes consommateurs, ce sont plutôt des couples, pas tellement des parents »* (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

*« En pratique, non [il n'y a pas d'orientations par l'entourage familial]. Peut-être parce qu'on a des plus âgés que les jeunes consommateurs. Quand ils ont 40 ans en moyenne... Il y a souvent moins d'entourage, il n'y a pas forcément de conjoint »* (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

La plupart des recours médicaux sont corrélés à des contrôles de la **médecine du travail**. Potentiellement lourds de conséquences (perte d'emploi), ils sont en général bien suivis :

---

<sup>20</sup> Voir par exemple Reynaud-Maurupt C., Hoareau E., *Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés »*, OFDT, Saint-Denis, 2010.

« [On voit] des chauffeurs routiers notamment. J'en avais vu un : contrôle de la médecine du travail, inaptitude. Là, ce sont des conséquences qui commencent à être sérieusement dommageables parce qu'ils risquent de perdre leur boulot » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

L'adressage par le milieu hospitalier, qui émane principalement des services de cardiologie et de réanimation, demeure peu important :

« [On a] deux modes d'entrée. Par le service cardio ou par le service de réanimation qui reçoit les morts subites. Donc, en cas de mort subite quand les patients sont réanimés ou de problèmes coronariens chez des sujets jeunes, pour eux jeunes c'est moins de 50 ans, ils font des dosages systématiques. Mais, par ce biais-là, ils n'en repèrent pas beaucoup, ils n'en repèrent qu'un ou deux par an qu'ils nous adressent. Donc déjà les cardiologues et la réanimation y pensent, en tout cas dans notre groupe hospitalier » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

Enfin, l'adressage par les médecins généralistes est peu courant :

« Si déjà ils y pensent par rapport à une douleur dans la poitrine ou un truc parano, ce n'est déjà pas mal (...) C'est vrai qu'un patient qui commence à avoir des douleurs de poitrine à 35 ou 40 ans... Normalement, ils devraient y penser. Mais je ne crois pas qu'ils y pensent » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat)

« Moi, je n'y crois pas [au développement de l'adressage en consultation spécialisée de la part des médecins généralistes]. Peut-être parce que l'on est dans un quartier qui est plutôt en train de perdre ses médecins [dans le Nord-Est de Paris], avec une pyramide des âges qui n'est pas du tout dans le bon sens. (...) Je vois beaucoup plus les patients arrivant en s'auto-adressant parce qu'il y a une pub, qu'ils l'ont vu sur Internet ou dans une émission de télé que les médecins généralistes. Faire le dépistage cocaïne en plus de tout ce qu'ils ont déjà à faire et dans les conditions dans lesquelles ils bossent en ce moment... (moue dubitative) » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

« [Un de nos] axes de développement c'est de faire une information spécifique par rapport aux médecins généralistes puisqu'on est très bien repérés au niveau héroïne et opiacés, c'est plus de 50 %. Mais comme on est une consultation jeunes consommateurs, on a un bon quart sur le cannabis. On est bien identifiés mais je ne suis pas sûr que les médecins généralistes identifient le problème cocaïne » (médecin addictologue, directeur du CSAPA/CAARUD Périgueux)

De même, les orientations judiciaires sont peu fréquentes. Contrairement au cannabis, elles sont fort limitées pour les usagers de cocaïne :

« Il arrive aussi parfois que ce soit à la suite d'un problème avec la police. Souvent ce sont des gens qui ne sont pas très à l'aise avec ce genre d'expérience [de délinquance]. Donc ils se précipitent chez le médecin » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

Rares, les recours spontanés interviennent lorsque la situation financière est menacée :

« Il y a aussi des implications parce qu'ils viennent aux nouvelles pour des histoires financières, c'est un des déclencheurs (...) Je me souviens d'un fonctionnaire des impôts qui était venu me voir parce qu'il était à je ne sais plus combien de dettes. Parce qu'il était honnête dans son genre, il payait vraiment la cocaïne avec ses revenus » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

Même au sein du public qui vient spontanément, la demande de soins n'est pas explicitée ; elle relève davantage sur une demande de soutien :

« Nous, on a quelques ex-usagers du Bus qui reviennent nous voir pour des consommations problématiques, pas forcément que pour la cocaïne, qui ont identifié notre structure comme étant une structure bienveillante (...). Ils ne vont pas nécessairement revenir quinze fois mais juste pour confirmer ce qu'ils pensent déjà et ce qu'ils vont avoir envie de faire eux-mêmes. Ce sont des personnes qui se seraient probablement débrouillées seules parce qu'elles ont des appuis. Elles viennent simplement avoir l'aval de quelqu'un en qui elles peuvent faire confiance. Le fait que le Bus soit dans un des quartiers les plus pauvres de Marseille, dans un endroit totalement sorti de leur contexte social, pour elles c'est presque plus neutre que l'hôpital. Il y a une espèce de décalage entre la façon dont elles vivent actuellement mais avec le souvenir de ce qu'elles ont pu vivre dans le passé » (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).

## La problématique des « usagers cachés » de cocaïne

Malgré leur spécificité, les consultations cocaïne se heurtent à la difficulté d'atteindre certaines fractions de la population des usagers, par exemple les usagers de cocaïne **mono-dépendants** ou **socialement insérés** sont rarement vus dans ces consultations :

*« On a quand même un public très polytoxicomane et les cocaïnomanes, on ne les voit pas, ou très très peu. Les monodépendants insérés, on en voit de façon exceptionnelle »* (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

L'utilisateur inséré, disposant de ressources propres (familiales, sociales, financières), est peu visible dans les structures d'accueil :

*« A Saint-Pierre, dans le centre où on est à Bordeaux, c'est un quartier où la cocaïne est partout. C'est un quartier qui est devenu le quartier branché, avec tous les restaurants, la fête la nuit, etc. Je connais pratiquement dans chaque restaurant de la rue du Parlement Saint-Pierre deux ou trois patients. C'est impressionnant... Ils veulent nous voir à des horaires particuliers ou dans un autre centre, il faut faire des montages compliqués parce qu'ils n'ont pas envie d'être identifiés. C'est quelque chose que l'on voyait moins chez les héroïnomanes qui s'en foutaient, ils se connaissaient entre eux. Alors que là c'est une population qui n'a pas envie d'être identifiée sous cet angle. Donc c'est des horaires, des lieux... Enfin, ça dépend des ressources aussi. Parce que faire un local à part, c'est une infrastructure, il faut des moyens logistiques, il faut du secrétariat, il faut du téléphone... La plupart du temps, ce n'est pas possible »* (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

*« [Il y a] toute une population qu'on ne touche pas dans les CSAPA et CAARUD parce qu'ils se démerdent tout seuls. On sait qu'il y a trois quarts des sevrages qui se déroulent hors de tout contexte médical, ce qui relativise quand même notre importance, sans l'annuler complètement »* (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).

Ces usagers cachés, lorsqu'ils viennent, ne le font qu'à la suite de « catastrophes » ou de « petits chocs de conscience », soit via les urgences, soit après une tentative de suicide, des symptômes délirants persistants, lors d'épisodes maniaques ou à la suite d'autres signes d'alerte :

*« Ceux que j'ai vus au CSAPA c'est par les urgences, parce qu'on travaille avec les urgences psychiatriques de Lariboisière 24 heures sur 24. Dans ce cas, le motif c'est tentative de suicide, les familles qui les amènent parce qu'il y a des trucs catastrophiques aussi. (...) Ou des épisodes délirants persistants. Ce n'est pas juste quelques heures après la prise : les gens restent délirants »* (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

*« Des explosions d'allure hypomaniaque en contexte de travail, un moment de gros stress... Ceux qui viennent nous voir veulent prendre du recul avec un truc qui leur donne l'impression d'être devenus fous »* (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

*« Un chef de rang du Cap-Ferret d'un restaurant très connu était venu consulter parce qu'il s'était dit qu'il avait un truc bizarre. Il était passé devant une église, c'était un type laïc militant, plutôt antireligieux, et au moment où il passe il se reçoit une pigne<sup>21</sup> sur la tête. Il regarde, c'était un écureuil qui était en train de manger des pignes, et il s'est surpris à penser que comme il avait pensé du mal de Dieu devant l'église, la sanction était tombée... Là, il s'est dit que ça commençait à déraper... »* (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat)

L'un des enjeux de cette offre médico-sociale consiste donc à faire venir les usagers problématiques et, pour ceux qui consultent déjà, à conjurer les facteurs d'échec de la prise en charge.

---

<sup>21</sup> Pomme de pin en langue gasconne.

## 4. Recrutement, attractivité, conditions d'accueil

### Freins à l'attractivité

#### - *L'absence de demande spontanée*

Selon les professionnels des consultations cocaïne, le **recrutement de nouveaux patients** se fait « *au prix de beaucoup d'efforts* », « *depuis le CSAPA ou les services de cardiologie* » (lorsqu'une telle complémentarité existe). Il s'agit ensuite de les retenir, ce qui appelle également un investissement important des professionnels :

*« C'est se dire que les patients que l'on suit par ailleurs pour des polydépendances et dont on sait qu'ils ont une dépendance ou un abus à la cocaïne associés, il faut les tanner pour qu'ils viennent, leur reproposer les rendez-vous, les rendez-vous d'évaluation, et leur proposer d'entrer dans ces programmes-là. Cela ne se fait pas facilement mais, théoriquement, nous avons un vivier de 250 patients tous les ans qui pourraient rentrer. On en a eu 50 pendant un an avec une personne dédiée et une politique volontariste de leur proposer ce dépistage »* (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

#### - *La crainte de stigmatisation, premier frein à l'attractivité des consultations cocaïne*

##### **La crainte d'être identifié à un public socialement dévalorisé :**

*« Il y a de toute façon des petites subtilités que l'on ne maîtrisera pas, même en faisant des lieux neutres. Mais il est évident qu'il y a certaines populations d'usagers de cocaïne qui ne veulent pas être identifiées comme se rendant dans un centre pour drogués... C'est un des freins les plus importants »* (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).

*« Ceux qui sont bien insérés, les usagers de cocaïne et, pour beaucoup, les usagers de jeux, je les vois en cabinet, en libéral, mais je ne les vois pas au CSAPA. Ils ne veulent pas y aller. Parce que souvent ce sont des gens qui sont connus, des sportifs de haut niveau, des hommes politiques, des chefs d'entreprise... (...) ou des médecins. Ils n'ont pas envie d'aller au CSAPA et d'être dans une salle d'attente avec tous les autres... »* (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC, CSAPA-CAARUD, Biarritz, Bayonne et Saint-Jean de Luz).

##### **La crainte d'être vu ou reconnu par des personnes de l'entourage :**

C'est par exemple le cas de certains sportifs au Pays basque.

#### - *La difficulté de « retenir » les patients dans le dispositif*

La **difficulté de fidéliser les patients** est rapportée par plusieurs consultations cocaïne :

*« On a eu tout à fait le même problème d'attrait des patients repérés par leur médecin comme ayant des consommations actuelles de cocaïne. La personne qu'on a mise à mi-temps sur ce dispositif, son rôle c'était beaucoup de « poursuivre » les patients identifiés comme ayant des consommations actuelles de cocaïne en disant : « Votre médecin vous a proposé le dépistage cardiologique, vous n'êtes pas venu au premier rendez-vous, il faut revenir. » Effectivement, pour les patients il y a une difficulté d'entrée et de « fidélité », même dans des programmes spécifiques dont on peut pourtant se dire qu'ils ont un bénéfice immédiat à les fréquenter »* (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

Les professionnels citent **trois facteurs explicatifs de cette difficulté de recrutement**. D'abord, peu d'usagers de cocaïne se considèrent spontanément comme dépendants. Par ailleurs, ne percevant pas de bénéfices immédiats à l'arrêt, ils peuvent être réticents à se manifester. Enfin, l'offre thérapeutique étant peu connue, un nombre important d'usagers estiment que les options thérapeutiques (hormis l'arrêt) sont limitées :

*« Déjà, beaucoup ne se considèrent pas dépendants à la cocaïne. Et même parmi ceux qui se disent qu'ils ont un problème avec la cocaïne, beaucoup se disent qu'on ne peut rien pour eux, qu'il n'y a pas d'offre thérapeutique. Quand on leur propose quelque chose qui est de l'ordre du dépistage de complications*

somatiques, dont ils tireraient un bénéfice direct, et qu'on n'exige pas d'eux qu'ils arrêtent les consommations de cocaïne, on penserait qu'ils devraient se précipiter, eh bien non. Ils ont leurs autres préoccupations, leurs préoccupations de recherche de produit, et les préoccupations de préservation de leur santé ne viennent pas en premier » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

Ces constats plaident pour un **renforcement de la visibilité du dispositif** :

« On a aussi à faire la publicité du dispositif auprès des usagers et avec beaucoup de persévérance » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

Cet effort de visibilisation du dispositif passe par la mise en avant de conditions d'accueil spécifiques.

## Pistes d'amélioration

Les pistes d'amélioration du recrutement des consultations cocaïne s'articulent autour de deux objectifs : atteindre les publics de polyconsommateurs déjà suivis pour un problème autre que la cocaïne ou « mono-dépendants insérés » et offrir une accroche efficace dès le premier contact :

« Mon hypothèse, mais on va voir dans les années qui viennent si on se plante complètement ou pas, c'est que ça peut intéresser un certain nombre de personnes qui sont prises en charge chez nous et qui considèrent la cocaïne comme un problème secondaire. Ça peut peut-être les motiver d'avoir une approche spécifique » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

« Surtout, ce qu'on vise, c'est d'établir un contact avec des gens qui ne consultent pas actuellement » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

Pour atteindre cet objectif, les propositions des professionnels suggèrent de **spécialiser et diversifier les possibilités d'accueil pour répondre à tous les publics**.

### - Garantir des conditions d'accueil spécifiques aux usagers de cocaïne

#### Mieux différencier les lieux d'accueil

Pour lever la crainte de stigmatisation des usagers de cocaïne, certains professionnels suggèrent de **mieux différencier les lieux d'accueil**, à l'instar de ce qui a été fait en 2004/2005 pour les consultations jeunes consommateurs :

« C'est un peu comme ce qu'on avait fait pour les consultations jeunes où on ne voulait pas mettre les jeunes dans les CSAPA avec les vieux routiers. C'est un peu la même idée, c'est-à-dire que ce public qui ne vient pas nous avoir, peut-être qu'on le capterait mieux en étant dans des lieux plus neutres, moins identifiables » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

« A BIZIA, pour la consultation jeunes consommateurs on avait fait deux salles d'attente différentes » (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC formé aux TCC, CSAPA-CAARUD, Biarritz, Bayonne et Saint-Jean de Luz).

Pour répondre au public particulier des usagers de cocaïne, par ailleurs non demandeurs de soins, les professionnels préconisent ainsi d'**identifier une file d'attente et des horaires spécifiques** pour différencier l'offre de prise en charge au titre de la cocaïne de celle proposée pour les autres substances.

#### Des personnels spécifiques pour accueillir une population qui « n'a pas envie d'être vue »

« Cela ne se fait pas facilement mais, théoriquement, nous on a un vivier de 250 patients tous les ans qui pourraient rentrer et on en a eu 50 pendant un an avec une personne dédiée à ce suivi, avec une **politique volontariste** de leur proposer ce dépistage. Comme on cherche de façon systématique, c'est difficile parce que, à chaque fois, on se dit qu'il ne faut pas outrepasser l'éthique et obliger les gens à prendre soin d'eux. S'ils ne veulent pas, ils ne veulent pas. Mais n'empêche qu'il faut qu'on soit **systématiques au moins dans la proposition** » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).



« C'est pareil, je pense au début de la mise en place des dépistages systématiques des sérologies, etc., il y avait un certain nombre de collègues qui étaient un peu réfractaires en disant qu'ils ne venaient pas forcément pour ça et que si on leur propose ils ont le droit de dire non. Bien sûr, ils ont le droit de dire non, mais je crois que nous on a le devoir de leur proposer systématiquement. C'est difficile, on n'y est pas encore arrivés mais, dans l'idéal, ça doit faire partie de l'offre de soins systématique que l'on a vis-à-vis des usagers de cocaïne » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

« Implémenter quelque chose au départ un peu expérimental dans quelque chose de routinier, c'est difficile dans nos pratiques. Cela veut dire des changements et impliquer tous les professionnels, y compris les assistants sociaux, les éducateurs, les infirmiers, etc., en se disant que cela doit faire partie des choses que l'on évoque avec les patients. D'après mon expérience, ça marche bien quand les infirmiers sont motivés. Quand on a mis en place les ECG systématiques pour les patients sous traitement de substitution par méthadone, cela a marché pas par les médecins, ça a marché par les infirmières. Je pense que cela va être aussi quelque chose comme ça, il faut qu'on se forme de façon permanente les uns et les autres et qu'on intègre ça dans des pratiques de routine » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

### Modifier l'image de la consultation cocaïne : un accueil spécifique ?

L'importance de préserver l'image d'une « consultation cocaïne » spécifique fait débat auprès des professionnels. Alors que certains revendiquent cette spécificité, d'autres défendent au contraire l'option d'un affichage généraliste, par exemple centré sur l'addictologie :

« [On a justement] besoin de consultations assez normalisées, c'est-à-dire qui ne soient pas affichées polydépendances, qui soit vraiment affichées cocaïne » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

« J'en vois sur l'antenne d'addictologie où j'interviens le vendredi matin comme psychiatre à Arcachon. Là, comme dans les livres, ils viennent. J'ai une clientèle totalement atypique. À Bordeaux, on est repérés comme centre de soins, ancien CSST, donc même si les choses évoluent sur l'addictologie, on a quand même une image « héroïne », « salle d'attente »... A tort ou à raison, il y a quand même cette image-là. À Arcachon, ça s'est créé secondairement puisque c'est une antenne qui a été positionnée d'emblée « addictologie », ce qui fait que dans cet espace on reçoit une partie de personnes qui viennent pour l'héroïne en même temps que des personnes qui viennent pour des tas d'autres raisons : des retraités de la Banque de France pour des problèmes de jeu au casino d'à côté, des amateurs de cocaïne dans les milieux branchés Arcachon-Cap Ferret, des amateurs de cocaïne, beaucoup, issus de la restauration, mais des chefs de rang, des cuisiniers relativement connus ! On voit que l'on peut avoir des publics brassés dans la mesure où l'institution n'est pas affichée, pas stigmatisée dans les représentations. En revanche, quand une institution a déjà une image comme nous à Périgueux où c'est plutôt métha, là il faut au minimum des horaires différenciés, et même ce n'est pas simple » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

Certains proposent d'étendre le champ de la consultation à l'ensemble des psychostimulants :

« Nous, pour les actions que l'on a, les sevrages, les traitements médicamenteux ou les questionnaires de craving, on utilise exactement les mêmes outils et ça colle tout à fait. Les symptômes psychotiques sont exactement les mêmes, que ce soit amphétamines, cocaïne ou crack. C'est vrai que le dispositif s'appelle cocaïne mais, dans notre esprit, c'est psychostimulants. L'usage qu'ils en font, injecté ou fumé, produit les mêmes effets » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

Enfin, quelques intervenants évoquent la piste d'un label « nouvelles addictions », qui pourrait être porteur auprès d'un public revendiquant une certaine position sociale :

« Si elles sont mélangées, en termes d'affichage ce qui peut être vendeur pour ce type d'usagers c'est tout ce qui est nouvelles addictions, des trucs qui font un peu branchés » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

### Développer une offre « sélective » pour satisfaire aux attentes des usagers

Certains suggèrent même d'adapter l'offre au profil social élevé des usagers de cocaïne, en « dénormalisant » la prise en charge qui leur est offerte et en renforçant son caractère sélectif :



« - Chez nous, [les usagers de cocaïne se distinguent par] des **moyens financiers assez colossaux**. Faire un truc spécialisé pour eux, je ne suis même pas sûr qu'ils viendraient. Même si c'est un truc à part, loin, mais qui s'appelle toujours BIZIA, je ne suis pas sûr qu'ils iraient (...) Ou alors, **il faut faire un truc en disant que c'est à la pointe...** Par rapport à la drogue en général, je pense qu'il vaut mieux être discret sur la communication parce que ça se retourne toujours contre les usagers ce qu'on raconte. L'exception qui confirme peut-être la règle, c'est autour de ce genre de **personnes qui cherchent souvent à être soignées par des gens reconnus**, etc. On le voit d'ailleurs dans les images miroirs avec les intervenants spécialisés en cocaïne. Par rapport à ce public, ce n'est donc pas idiot. **C'est un des domaines où il faut faire sans doute un peu de communication tous médias en disant qu'on a des trucs à la pointe, modernes...** » (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC formé aux TCC, CSAPA-CAARUD, Biarritz, Bayonne et Saint-Jean de Luz).

« - Si tu as une offre de soins, si tu dis que vous avez un programme expérimental que vous avez rôdé avec **une approche psychothérapeutique particulière, une approche médicamenteuse particulière, un suivi particulier pour les cocaïnomanes...** Ça vaut le coup. Je pense qu'ils veulent aussi les **meilleurs soins** » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

## - **Diversifier les portes d'entrée et les indications pour capter tous les profils à risque**

### **Diversifier les portes d'entrée**

L'objectif de diversifier les portes d'entrées fait consensus au sein des professionnels interrogés, à l'image de ce point de vue qui résume la position générale du groupe :

« **Le fait d'avoir des lieux de soins diversifiés** garantit des accès à des publics différents » (...). **On captera des publics différents s'il y a une offre de soins diversifiée**. Donc probablement des CSAPA et des CAARUD pour les patients polydépendants, et puis des lieux différents, soit des consultations hospitalières, soit même des lieux à part. Parce que, après tout, comme CSAPA spécialisé cocaïne, il n'y a que EGO à ma connaissance, c'est-à-dire qui a vraiment été monté comme une offre de soins spécifique pour la cocaïne. Si, dans les années qui viennent, les dépendances et les complications liées à l'usage de cocaïne augmentent tels que le laissent prévoir l'évolution du nombre de consommateurs, cela ne me choquerait pas qu'il y ait dans chaque région un CSAPA spécialisé cocaïne ou un centre spécialisé cocaïne si on ne veut pas l'appeler CSAPA. En tout cas, il y a du boulot pour tout le monde » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

Un participant a fait valoir la piste d'une porte d'entrée hospitalière, via une consultation en médecine de dépistage et complications cardiologiques de l'usage de cocaïne :

« **Les monodépendants insérés, on en voit de façon exceptionnelle**. Si on avait, ce que l'on va essayer de mettre en place, **une consultation en médecine de dépistage et complications cardiologiques de l'usage de cocaïne**, on se dit que l'on aurait d'autres publics qui ne fréquentent pas le CSAPA » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

### **Cibler les femmes consommatrices de cocaïne**

Certains professionnels suggèrent de centrer le programme sur les femmes consommatrices de cocaïne, afin d'**ouvrir une offre par rapport à un public** qui est à mi-chemin entre les comorbidités psychiatriques et la dépendance à la cocaïne :

« **Il est tout à fait important d'améliorer le repérage et la prise en charge des personnes qui ont un problème de cocaïne dans les files actives et il est important de nous faire connaître pour attirer de nouveaux venus**. Quand on essaye de réfléchir à ce qui nous permettrait de **communiquer vers l'extérieur en disant qu'on a quelque chose de nouveau**, sinon c'est difficile, il y a l'**aspect médicaments** qui peut avoir un effet attractif mais il y a un autre aspect. C'est pour ça qu'on en était venus à l'histoire de l'EMDR.

On a commencé à développer une approche EMDR au CEID de Bordeaux mais pas du tout spécifiquement autour de la cocaïne, c'était pour nos usagers et l'idée de base, pour être clair, c'était pour les **femmes toxicomanes**, quels que soient les produits, parce qu'on se rendait compte qu'une bonne partie d'entre elles avaient vécu des expériences traumatisantes, des histoires horribles. (...) [Or il s'avère, d'après les travaux qui ont été réalisés depuis sur les déclencheurs de craving, que], chez les femmes, les plus gros déclencheurs ont à voir avec le stress, la peur, la violence, des images d'humiliation, etc. Ça, ça a été fait chez des gens dépendants à la cocaïne. D'où l'hypothèse, pour des gens qui ont des problèmes de cocaïne, tout particulièrement des femmes, que cela pourrait être intéressant de proposer ce truc-là !

Ce n'est pas spécifique à la cocaïne mais cela pourrait être **intéressant à utiliser dans cette indication-là** parce que cela permet d'avoir **une proposition un peu différente**, donc qui peut susciter un intérêt, et qui en termes de prise en charge ne nécessite pas un niveau d'engagement majeur. Et puis c'est rapide » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

### Cibler les usagers de médicaments psychotropes

« Les médicaments, ce serait plutôt pour attirer des gens qui sont en dehors des clous, qui n'ont pas de grosses problématiques par ailleurs mais qui ont une problématique cocaïne. Les médicaments, peuvent être assez attractifs pour cette population. Là, ce serait plutôt pour essayer de voir parmi ceux qui sont soit identifiés par la psychiatrie, soit dans la marginalité, soit dans des dérives sociales et que l'on ne voit pas nécessairement sous cet angle-là mais qui, par ailleurs, ont de gros problèmes d'addiction qui sont souvent un peu masqués si on est dans une filière a priori psy. Ceux-là aussi, on peut essayer de les amener à une prise en charge addictologique en utilisant des supports autour de ces approches-là » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

### Cibler le milieu festif pour atteindre les jeunes

Plusieurs professionnels soulignent l'importance des actions de réduction des risques dans les lieux festifs (festivals, etc.) pour **aller au-devant de la demande émanant des populations jeunes** :

« Pas mal d'usagers, surtout dans les populations plus jeunes, sont venus après avoir fréquenté le stand de RdR en discothèque ou dans les festivals. Ils ne viennent pas tout de suite. Ils viennent en général entre trois et six mois après avoir fréquenté le stand en disant : « J'étais venu, j'avais pris une brochure... » **Il faut le temps que ça mûrisse un peu dans leur tête. Le fait de mener des actions de réduction des risques en milieu festif, ça a un impact** » (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC formé aux TCC, CSAPA-CAARUD, Biarritz, Bayonne et Saint-Jean de Luz).

« On va aller notamment en Dordogne, là où il y a des festivals, ce qui fait qu'on peut imaginer que cela va peut-être être un des moyens par rapport à ce **public jeune, festif**, de pouvoir leur proposer des prises en charge, pour ceux qui le souhaiteraient, y compris par rapport à la cocaïne. Dans ce public, il y a tous les produits dont on parle là [des psychostimulants] mais que l'on voyait jusqu'à maintenant dans le centre à Bordeaux, pas tellement dans le milieu festif (...) Peut-être que pour ce type de public, c'est intéressant de leur dire qu'il y a une offre de soins un peu spécifique, un peu formatée pour eux. On verra » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

« Les seuls exemples de cocaïne basée, c'est typiquement en milieu festif. A Marseille, il n'y a quasiment pas de crack, ce n'est que de la cocaïne qui est basée artisanalement » (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).

## - Déployer et généraliser le dispositif

### Laisser à l'offre le temps de s'installer

Le groupe souligne l'importance de **ménager du temps** pour que l'offre puisse trouver son public :

« Il n'y a pas eu une augmentation extraordinaire dans la file active ordinaire du CSAPA de Périgueux de ceux qui étaient usagers principaux, surtout secondaires, de cocaïne. Il y a une relative stabilité, autour de 80 personnes dans l'année. (...) En revanche, c'était intéressant de voir qu'il y avait un **développement d'une demande spécifique par rapport à des soins cocaïne affichés comme tels**. De ce côté-là, l'évolution est faible pour le moment puisque les gens, en surcroît de la prise en charge normale pluridisciplinaire classique, qui ont demandé à participer à ces consultations soit en travail de groupe, soit en consultation spécifique avec un suivi spécifique cocaïne, ont été 4 sur 80. On voit donc que cela ne suscite pas en termes de soins spécifiques une demande particulière » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

« [Au début] on est sur des temps réduits, le médecin c'est une demi-journée, l'infirmière deux demi-journées, la psychologue une journée. Comme on a beaucoup d'usagers en usage secondaire, on a essayé de garder un créneau dans le fonctionnement du CSAPA un jour déterminé. Pour les usagers que l'on ne connaissait pas, on a fait ça le lundi soir avec un créneau 17 heures-20 heures. **Ça débute, il faut attendre un petit peu** » (médecin addictologue, directeur du CSAPA/CAARUD Périgueux).

## Généraliser l'expérimentation des « consultations cocaïne »

Les professionnels interrogés plaident pour **généraliser l'expérimentation des « consultations cocaïne »** en faisant de la prise en charge des usagers de cocaïne un axe de politique publique :

« *Empiriquement, les gens se sont rendu compte que cela fonctionne. Les médecins (...), les patients sont contents, ça fonctionne très souvent, ça s'épuise aussi mais comme début, c'est très intéressant. (...) La cocaïne, je crois que c'est vraiment un enjeu parce que ça peut faire partie des trucs qui peuvent avoir un effet attractif par rapport à des patients, et même par rapport à des médecins* » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

« *Tout ce qui va dans le sens d'augmenter l'offre de soins, c'est bien. (...) Parce qu'on ne peut pas demander au dispositif de faire toujours plus à moyens constants, ce n'est pas possible. Donc si on veut implémenter des programmes nouveaux, même s'ils sont un peu expérimentaux au départ, avec de l'évaluation, il faut des moyens supplémentaires, et pas que dans cinq ou six structures en France* » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

« *[L'expérimentation], c'est intéressant, ça donne des idées qui peuvent ensuite contribuer à essayer dans différents centres. Pour peu qu'il y ait ensuite, ce que j'appelle de mes vœux, une politique de généralisation face à un phénomène qui continuera vraisemblablement à se développer et vis-à-vis duquel beaucoup de centres ne sont pas trop préparés, ça ne peut que contribuer à ce que les réponses soient plus adaptées* » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

## Vers une offre de soins mutualisant les compétences des acteurs locaux ?

Compte tenu des restrictions budgétaires, les acteurs suggèrent de mutualiser, localement, l'offre de prise en charge, surtout dans les grandes villes, compte tenu des avantages :

« *Compte tenu des contraintes budgétaires actuelles, j'imagine que, s'il y avait un truc un peu dédié, ce serait vraisemblablement mutualisé entre les opérateurs du coin. Dans les grandes villes, en tout cas. Ce n'est pas mal parce que ça permet de mettre ensemble les recrutements, style ELSA hospitaliers, qui viennent pour d'autres raisons et qui sont repérés là. Peut-être aussi des orientations médicales qui passent souvent par des hôpitaux. Puis ce qui est plutôt réseau, les petits restaurateurs du centre-ville, des trucs comme ça qui marchent plus peut-être par des CSAPA plus dans la ville. Mettre ça en commun, ça permet aussi d'avoir une meilleure technicité, un meilleur affichage, j'imagine. Le côté hospitalier peut être intéressant en termes d'image. Mais j'imagine que ça dépend vraiment des coins* » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

## La prise en charge des usagers de cocaïne, un axe de politique publique à part entière ?

Plus généralement, les professionnels se disent **en attente d'une « vision » des pouvoirs publics**, de perspectives stratégiques, d'axes d'intervention prioritaires soutenus par des financements incitatifs :

« *On a été très contents d'avoir vécu ces dispositifs, cela nous a permis de faire autre chose. Les uns et les autres, vous avez présenté des tas de projets. Il y en a pas mal que l'on fait sans être financés et il y en a qui réussissent et d'autres pas mais, finalement, on est contents de temps en temps d'avoir une incitation pour des projets précis* » « médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

Cette priorité donnée à la prise en charge des usagers de cocaïne devrait, selon certains, aller de pair avec **une politique de recherche incitative afin de valider des traitements efficaces**, même si, évidemment, comme le souligne une intervenante, « *ce ne sont pas du tout les mêmes budgets* » et ce type de recherches requiert des protocoles exigeants :

« *Un essai thérapeutique, ça se mesure en centaines de milliers d'euros... [Par ailleurs], il y a en France deux équipes ou trois qui sont capables de mener ce type de projets, c'est-à-dire qui ont suffisamment de recrutement de patients potentiels et de savoir-faire méthodologique pour faire des vrais essais thérapeutiques. Oui, trois équipes (...): Fernand Widal, Paul Brousse, et peut-être un autre groupe en province, mais je serais moins sûre sur le recrutement de patients. Si l'on veut par exemple 200 patients dans un essai, il faut en voir 800 ou 1 000 pour sélectionner ceux qui sont capables de rentrer dans les critères d'inclusion et capables de les suivre. Cela veut dire qu'il faut des grands bassins de population, des équipes entraînées, et puis c'est une organisation et une lourdeur logistique qui fait qu'on ne peut pas faire ça tous les ans. Si on en fait un tous les dix ans, on sera contents* » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

## 5. Pratiques cliniques (repérage, intervention, etc.)

### Des pratiques de repérage diversifiées

Le recours aux outils de repérage est différencié selon les « consultations cocaïne ». Ainsi, certaines structures (comme BIZIA) administrent systématiquement l'ASI et le MINI à l'entrée (par un infirmier, un psychologue ou une évaluatrice), de même qu'une échelle de craving, et soulignent l'intérêt de ces outils :

*« Nous avons un dispositif d'évaluation [à l'entrée] assez conséquent : on passe beaucoup de temps dessus et il y a des personnes qui sont spécifiquement allouées à ça. En systématique, pas que pour ce projet, on le fait pour toutes les addictions, on fait l'ASI-MINI plus d'autres batteries de tests sur le BDI, le BAI et des échelles de qualité de vie. Spécifiquement alloué à la cocaïne, on a utilisé l'échelle de craving que [Laurent] Karila a fait valider<sup>22</sup>. C'est la spécificité du programme cocaïne à proprement parler. Après, l'ASI-MINI on le fait en routine, c'est de base à tout le monde » (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC, CSAPA-CAARUD, Bayonne et Saint-Jean de Luz).*

*« Étant donné que l'on a affaire à une patientèle très comorbide, le MINI est un outil très intéressant. Ce n'est pas obligatoirement un psychiatre qui doit le faire passer. L'avantage de cet outil, c'est que ce n'est pas un diagnostic psychiatrique clinique. Bien sûr, si un psychiatre peut le porter, c'est mieux mais déjà, c'est un indicateur. La formation du MINI, c'est une demi-journée et n'importe qui peut le faire passer, c'est juste un questionnaire oui/non. (...) C'est une mine d'informations très intéressante après pour la clinique. Quand je suis en TCC et qu'on me donne les résultats de l'ASI et du MINI, ça me fait gagner du temps, j'apprends mieux les problèmes, je sais où il faut creuser, etc. C'est un gain de temps et d'efficacité » (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC, CSAPA-CAARUD, Biarritz, Bayonne et Saint-Jean de Luz).*

D'autres au contraire, comme le CEID à Périgueux et Bordeaux ou le Bus 31/32 à Marseille, n'opèrent pas systématiquement un repérage avec des outils standardisés. Cela s'explique par le **profil du public** :

*« Au Bus (...), l'évaluation à l'entrée, c'est plus souvent une évaluation socio-éducative, avec des urgences qui sont bouffer et dormir. On est très loin de faire des MMS ou des choses comme ça. On ne va pas faire passer des scores complexes à des personnes qui viennent avec des problématiques qui sont parfois quasiment vitales » (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).*

Cela s'explique également par l'**insuffisance des moyens en personnel** :

*« C'est un autre débat mais on voit les carences d'évaluation en France. On peut difficilement nous demander un effort d'évaluation pour un tout petit truc alors qu'on a peu les moyens de le faire. Quand je travaillais aux États-Unis, avant que je voie un patient, il était vu par deux personnes qui lui faisaient passer tous les tests. A Bordeaux, le CAARUD c'est 1 100 personnes par an, le CSAPA c'est 1 300 personnes par an, soit 2 400 personnes. Si l'on multiplie par deux, ça fait 4 800 heures, soit trois temps pleins sur une année... » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).*

### De la difficulté d'assurer le suivi des patients

Si toutes les structures ne recourent pas aux outils de repérage, la plupart s'appuient sur des **supports standardisés pour guider le suivi des patients** :

*« Dans la perspective d'une proposition d'une action de soins spécifiques, là oui (...), ils ont droit à toute une batterie de tests parce que cela nous intéresse par rapport à un enjeu particulier. Néanmoins, cela peut être intéressant parce que ça contribue aussi à l'évaluation plus générale. Là, il y a toutes sortes d'échelles, échelles de dépression, échelles de stress, tout ce qui est (...), plus les échelles de PTSD, plus les échelles d'attachement précoce, QRS 25, etc. Ils ont droit à tout un bataillon de tests mais c'est dans des enjeux [de soins] qui sont partagés avec nos propres hypothèses » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).*

<sup>22</sup> Karila L, Seringe E, Benyamina A, et al, "The reliability and validity of the French version of the Cocaine Craving Questionnaire-Brief". *Curr Pharm Des* 2011;17(14):1369-75.



Dans les autres cas, **les outils de repérage sont aussi utilisés comme outils de suivi des patients**. Ainsi, BIZIA administre l'ASI à l'entrée mais l'utilise surtout comme instrument de suivi des patients (à 3 mois puis tous les 6 mois). Ce principe de suivi impose de disposer du personnel ad hoc, sur des contrats qui ne soient pas temporaires (« *en tout cas des contrats de plus de 6 mois !* ») :

« *Sur le suivi des patients, [l'ASI] a son intérêt. Il ne faut pas percevoir l'ASI comme un outil à l'instant « t » qui donne une image et après... Là où ça devient intéressant, c'est dans le suivi. Si on a le temps et les moyens de le faire passer, c'est **intéressant de voir l'évolution du patient sur les indicateurs de gravité de l'ASI à trois mois, six mois, un an, deux ans, etc.** En plus de ça, au décours de la prise en charge peuvent apparaître **d'autres problèmes** qui n'étaient pas là à l'instant « t » et c'est là que ça devient intéressant » (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC, CSAPA-CAARUD, Biarritz, Bayonne et Saint-Jean de Luz).*

Cependant, le principal inconvénient du recours aux outils de repérage et de suivi standardisés tient à leur caractère **chronophage** :

« *Mais ça prend du temps ! Un patient qui vient en premier traitement tabac, alcool, cannabis, jeu pathologique, cocaïne, etc., la première session d'évaluation c'est deux heures, deux heures et demie. Les ASI de suivi sont beaucoup plus rapides parce qu'il y a plein de trucs qu'on n'explore pas, mais pour l'ASI de base, il faut compter une heure, une heure et demie. Plus le MINI qui prend une bonne demi-heure de plus, plus les autres questionnaires, il faut compter deux heures, deux heures et demie* » (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC, CSAPA-CAARUD, Biarritz, Bayonne et Saint-Jean de Luz).

## La nécessité d'adapter la prise en charge en l'absence de traitement médicamenteux

### - Les ambiguïtés de la prise en charge

#### Soins ou accompagnement ?

« *Nous, dans la batterie de tests, on fait passer le Mini International Neuropsychiatric Interview, un repérage des troubles psychiatriques les plus représentés en population générale. Et, quand on s'attarde sur les usagers de cocaïne, on voit ce n'est pas la population qui a le plus de troubles psychiatriques. Ceux qui sont sous opiacés, c'est nettement plus, et même ceux qui sont sous opiacés ou tabac c'est plus fréquent. Je dis ça pour des usagers de cocaïne pure, pas cocaïne + opiacés, etc.* » (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC, CSAPA-CAARUD, Biarritz, Bayonne et Saint-Jean de Luz).

« *Au Bus, on a quelques usagers qui sont suivis depuis des années, mais ce n'est pas fait pour. On n'est pas dans nos missions mais ce sont des gens qui restent de façon chronique sur le Bus parce qu'il n'y a que là qu'ils sont tolérés. Ils sont toujours dans des consommations problématiques de cocaïne, on les accompagne plus qu'on ne les soigne. (...) Il y a aussi de la prise en charge mais, très souvent, quand ça commence à aller mieux et que les solutions apparaissent, on ne les voit plus. C'est assez frustrant d'ailleurs, les gens qui vont mieux, on ne les voit plus* » (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).

#### L'absence d'un cadre de prise en charge précis, validé et opérationnel

Jugées trop générales et peu opérationnelles, les recommandations de la HAS demeurent assez discutées, y compris par les professionnels qui ont fait partie des experts mobilisés dans les groupes de la HAS :

« *[Les recommandations] sont trop générales. J'ai été dans le groupe de relecture des recommandations. Il faut bien prendre soin des patients, il faut qu'ils aient des évaluations (...). Ce n'est pas opérationnel. (...) Et c'est normal, parce qu'il n'y a pas de traitement validé. On ne peut pas dire : la prise en charge, c'est ça. Donc les recommandations sont obligées d'être dans des généralités* » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

En pratique, la prise en charge se heurte à l'absence d'un cadre de traitement formalisé par une AMM :

« C'était très compliqué pour la HAS de recommander en pratique des traitements qui n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché dans cette indication. C'était un des problèmes » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

### Des modalités de prise en charge « bricolées » localement

En l'absence d'une approche médicamenteuse validée, chaque structure a développé ses propres modalités de prise en charge. Ainsi, BIZIA a développé une prise en charge privilégiant les Entretiens Motivationnels (EM) et les TCC (pour prévenir la rechute de la cocaïne) et la prise en charge en groupe, en s'inspirant d'une collaboration clinique avec l'hôpital de San Pau à Barcelone :

« Notre collaboration avec Barcelone a mis en évidence l'importance des TCC dans la prévention de la rechute de la cocaïne. Ils faisaient aussi des prises en charge en groupe. Nous, on a voulu faire un peu la même chose à BIZIA mais on a été confrontés à un problème de ressources humaines et de financements pour le faire » (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC, CSAPA-CAARUD, Sud Aquitaine).

Le CEID a complété la palette de l'offre de prise en charge avec l'EMDR, qui a fait ses preuves dans le traitement des traumatismes souvent constatés chez les femmes consommatrices de cocaïne.

### Une entrée-sortie des patients impossible à apprécier ?

L'une des difficultés de la « consultation cocaïne » tient à la **difficulté de mesurer la plus-value de l'intervention et les progrès réalisés par le patient**, en l'absence d'indicateurs incontestables de réussite :

« À l'entrée, c'est plus souvent une évaluation socio-éducative, avec des urgences qui sont bouffer et dormir. (...) Et la sortie n'est jamais très claire non plus. Est-ce qu'un usager sort vraiment du Bus ou pas ? Quand est-ce qu'on considère qu'il est vraiment sorti ? Et quand il revient parce qu'il a à nouveau un problème social ou éducatif, est-ce qu'on considère qu'il rentre à nouveau ? C'est impossible, on ne peut pas faire une entrée et une sortie.

Nous, c'est plus le fait d'apporter le programme vers les usagers les plus concernés, les plus fragiles, et puis leur dire que ça existe, qu'on peut prendre en compte leur problématique, qu'il n'y a pas une solution aussi magique que la méthadone ou la buprénorphine, néanmoins, le simple fait de le prendre en compte c'est déjà important » (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).

Appliquée à la prise en charge des usagers de cocaïne, qui n'est régie par aucun programme de suivi validé ni aucune durée de suivi recommandée, **la notion de « sortie » du dispositif est ambiguë :**

« C'est [comme] en ambulatoire, (...) les fiches sortie ne sont pas très utilisées. Parce que la notion de sortie en ambulatoire par rapport à un traitement en institution n'est pas d'une clarté totale ! La notion d'entrée, ça va à peu près, en tout cas la première, parce que quand il y a des ré-entrées, ça se complique... **Parce qu'on n'est pas dans un système où il y a des programmes.** Il y a d'autres endroits où il y a des programmes 21 jours, 28 jours, 30 jours, sauf qu'à ma connaissance aucun d'entre nous n'a fait ça. Auquel cas, on ne peut pas, c'est difficile. **À tort ou à raison, pour des intervenants en France, la notion de sortie...** (moue dubitative) » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

« Sur un programme de désintoxication, à la limite, on peut calibrer une durée. Tandis que sur un programme de suivi et de prévention de la rechute, il n'y a **pas de durée optimale** à ma connaissance. Du coup, on peut difficilement faire une fiche de sortie. On pourrait à la limite faire obligatoirement une fiche d'évaluation à six mois, à date fixe, mais pas une fiche de sortie » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

Pour contrecarrer cette difficulté, certaines structures ont mis en place des **modalités particulières d'évaluation entrée-sortie :**

« Ce qu'on a mis en place, mais ce n'est pas du tout dans le cadre du financement MILDT, c'est que pour toutes les hospitalisations pour sevrage de cocaïne et de crack, **on les voit à l'entrée avec une évaluation standardisée, notamment craving**, et on essaie de les revoir tous à J+8 après la sortie, que la sortie ait été à la date normale prévue ou anticipée parce qu'exclus ou fugue. **Donc on les reconvoque à J+8**, même si ce ne sont pas des gens qu'on suit, nous, au départ mais juste pour voir ce qu'ils sont devenus. S'il sont partis en postcure, on essaie d'avoir un contact avec la postcure et on essaie de faire ça de façon systématique, avec l'idée de voir si l'on aura des facteurs parmi ceux que l'on recueille à l'entrée qui seront prédictifs du

*maintien ou pas de l'abstinence. Sur des durées courtes parce qu'on se dit qu'à un moment on ne les verra plus* » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

Cependant, le recours aux échelles de craving s'avère lui-même différencié et sujets à ambiguïtés.

### Des pratiques différenciées de passation de l'échelle de craving

Toutes les structures défendent l'intérêt d'utiliser une échelle de craving :

« *Quand on fait de la prévention de la rechute, faire passer l'échelle de craving, ça peut être intéressant. (...) En plus, ça prend trente secondes* » (neurologue formé aux TCC, CSAPA-CAARUD, Sud Aquitaine).

Cependant, les structures s'accordent sur le risque d'effets contre-productifs de l'échelle de craving :

« - *Moi, j'ai constaté que cette échelle de craving, en tout cas au niveau du Bus, cela poussait les gens à aller consommer de la cocaïne beaucoup plus tôt qu'ils ne l'auraient fait si on n'avait pas fait passer cette échelle de craving* » (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).

- « *Ah, les Marseillais, dès qu'on leur parle de cocaïne...* » (médecin-psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat)

- « *Qu'est-ce que vous préféreriez ? Est-ce que vous préféreriez être en train de prendre de la cocaïne là, maintenant, tout de suite ? Est-ce que vous trouvez que c'est embêtant de ne pas prendre de la cocaïne ? Est-ce que vous aimez la cocaïne par-dessus tout ? Nous, on l'utilise quand on fait des séances de prévention de la rechute TCC, séances qui sont censées donner quelques armes pour pouvoir résister* » (neurologue formé aux TCC, CSAPA-CAARUD, Sud Aquitaine).

- « *Oui, mais dans un Bus je reconnais que ce n'est pas le bon endroit. On pourrait même dire qu'il y a une contre-indication technique* » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat)

Compte tenu de cette « contre-indication », le choix du **moment d'administration** et du **public** d'une telle échelle s'avère crucial :

« *Théoriquement il faudrait le faire le jour de la sortie ou quand quelqu'un revient de l'extérieur et rappelle le produit* » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

« *L'idée d'utiliser une échelle de craving pour des usagers actifs n'est pas nécessairement une très bonne idée* » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat)

En tout état de cause, l'administration d'une échelle craving suppose de respecter des **précautions d'utilisation**, notamment lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès de populations polydépendantes :

« *Le travail que nous pourrions faire sur le craving est très difficile à mettre en place, tant qu'on reste dans la population dont on s'occupe, au Bus en tout cas. Nous, c'est surtout une espèce de petit début, une prise en compte de cette consommation problématique de cocaïne qui n'est pas toujours identifiée d'ailleurs par les usagers qui viennent dans un lieu que l'on appelle le Bus méthadone. Ils sont un petit peu obnubilés par les opiacés alors que, les opiacés, ça fait dix ans que ce n'est plus un problème. Les personnes redeviennent dépendantes aux opiacés simplement parce qu'elles gèrent leur descente de cocaïne en fumant du Subutex alors que [la dépendance aux opiacés] n'était plus un problème* » (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).

Il convient également d'adosser la passation de l'échelle de craving à d'autres modalités de prise en charge. BIZIA s'attache ainsi à administrer une échelle de craving en lien avec des TCC. De même, le CEID propose à ses patients une « fiche de craving » à partir du moment où existe une intervention spécifique (EMDR ou traitement médicamenteux).



## - Facteurs d'échec de la prise en charge

### L'accessibilité de la cocaïne, facteur d'exposition faisant barrage à la prise en charge

L'accessibilité de la cocaïne apparaît comme un facteur de contexte qui met en échec la prise en charge. Le dynamisme du marché augmente en effet le **risque de retour à l'exposition**, comme à Marseille :

*« C'est très très difficile de faire une prise en charge chez quelqu'un qui est dans des consommations actives de cocaïne injectée et qui, quand on dit trois fois le mot cocaïne, part en courant de la consultation pour aller faire la manche et aller acheter tout de suite un paquet, parce que c'est juste insupportable d'en parler ou même d'y penser. On n'est pas dans la **dynamique de retour à l'exposition**, on nage dedans ! En tout cas, à Marseille, [trouver de la cocaïne] est d'une facilité déconcertante. Cela fait quelques années qu'il y a un lieu de deal très identifié, c'est la cité La Paternelle. La cité Busserine était historiquement le lieu de deal de shit et des personnes se sont dit qu'il y avait peut-être une ouverture possible avec la cocaïne mais sans vraiment se rendre compte de quelle population elles allaient accueillir. Ils se sont retrouvés avec des gens qui se shootaient à la cocaïne partout dans la cité. La population a alors mis en place un guetteur pour virer les gens qui se shootaient parce qu'ils en avaient marre. Maintenant, ça s'est déplacé au niveau de la gare. On peut aller du centre-ville directement à la cité de la Busserine acheter 20 euros de cocaïne pour se faire un shoot, là maintenant, tout de suite, avec un délai très très court. De même que j'image qu'autour de la place Stalingrad, c'est pareil. J'ai habité quelque temps sur le boulevard de La Chapelle, c'était il y a plus de dix ans, il y avait un tag sur le métro que je trouvais amusant, c'était : « Bienvenue à Toxicoland ! ». On a quelque chose d'un peu similaire à Marseille, même si ce n'est pas en centre-ville c'est très facile d'y aller. On est en plein dans l'exposition » (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).*

### Des facteurs déclencheurs de l'exposition liés au genre

Selon plusieurs intervenants, la dimension du genre semble influencer sur l'exposition au risque de rechute, à l'image de ce commentaire :

*« Il y a toutes sortes d'études qui montrent que les déclencheurs, en masse, pas individuellement, chez les hommes et chez les femmes ne sont pas les mêmes. Les travaux de Potenza montrent, en gros, que chez les hommes c'est souvent des déclencheurs sociaux : le RER, Paris, la gare, Toxicoland, un cracker qui est dans du craving, etc. Chez les femmes, les plus gros déclencheurs ont à voir avec le stress, la peur, la violence, des images d'humiliation, etc. » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).*

### Décrochage en cours de suivi

Le décrochage en cours de suivi apparaît comme un des facteurs d'échec majeurs de la prise en charge. Ainsi, par exemple, à l'Espace Murger, seuls 20 % des 250 patients qui auraient pu bénéficier de ce programme se sont présentés au rendez-vous fixé. Parmi ceux-ci, plus de la moitié (52 %) présentaient des antécédents de douleur avec les critères d'une douleur d'origine coronarienne : ils ont été orientés vers un dépistage des autres facteurs de risque cardio-vasculaire et d'une action de motivation à l'arrêt de la cocaïne et de promotion de l'abstinence. Il n'en demeure pas moins qu'une **part très majoritaire de patients est perdue de vue (80 %)**.

## - La difficulté de valoriser la plus-value des interventions auprès des institutions

Si un dispositif fléché « cocaïne » permet effectivement de mieux identifier les consommations problématiques de cocaïne et de proposer une prise en charge spécifique adaptée (dont des « consultations cocaïne » en dehors des temps d'accueil habituels), une évaluation du type entrée - sortie ne semble pas adaptée à ce type d'activité et de structure (CSAPA/CAARUD bas-seuil doté d'une unité mobile disponible 7 jours sur 7), compte tenu de la part importante de **perdus de vue** qui n'ont donc pas de consultation de sortie.

En outre, mesurer la plus-value de cette intervention s'avère difficile, du fait de l'**incapacité actuelle à connaître le devenir de ces patients une fois qu'ils sont orientés** vers le dispositif cardiologique : combien d'entre eux prennent les rendez-vous de consultation préconisés à l'extérieur du CSAPA ? Combien s'y rendent effectivement ? Combien effectuent les explorations préconisées (coronarographies

notamment) ? Partant de ces interrogations, le projet du CSAPA est de consolider sa collaboration avec le service de cardiologie au-delà de la seule formation des médecins du CSAPA et d'organiser une véritable filière de soins pour les patients, en évitant l'engorgement de la consultation existante grâce à l'ouverture de vacations de cardiologie sur le site du CSAPA.

## Pistes d'amélioration du dispositif

### - Faciliter la prescription de traitements médicamenteux de l'addiction à la cocaïne

Les professionnels se trouvent confrontés, dans la prise en charge des usagers de cocaïne, à la difficulté de prescrire en dehors d'une AMM. Selon certains d'entre eux, les prescriptions de Ritaline, en guise de produit de « substitution » à la cocaïne, valent aux médecins prescripteurs « deux ou trois convocations par an à l'échelon de contrôle de la CPAM pour essayer d'expliquer, avant menaces, la justification médicale de ce type d'actes » (médecin psychiatre, Périgueux). Ce blocage contribue à insécuriser d'éventuels médecins qui hésitent à se lancer dans ce type de prescription.

Dès lors, les participants au focus group appellent de leurs vœux une réflexion institutionnelle sur l'introduction d'une AMM ou d'une ATU pour des médicaments jugés par les cliniciens comme efficaces dans l'attente d'étude contrôlées probantes prouvant cette efficacité dans le traitement de l'addiction à la cocaïne :

*« En revanche, sur les quelques approches qui peuvent être intéressantes, qui ont au moins été étudiées au plan international, essayer de susciter une réflexion en France pour dépasser les rigidités administratives qui font que tel ou tel médicament qui a été évalué et qui semble être efficace ne sera pas mis sur le marché en France parce que c'est générique, parce qu'il y a plein de laboratoires qui vont demander une modification d'AMM, etc. Ça, c'est un problème par rapport à des difficultés de santé publique, c'est une vraie question. On l'a dans le domaine de l'alcool, on l'a aussi dans le domaine de la cocaïne, de toute évidence »* (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

L'enjeu consiste à faciliter la prescription médicamenteuse de traitements de prévention de la rechute pour les médecins en général (y compris les généralistes) :

*« Je crois que c'est vraiment une question qu'il faut faire remonter, autrement on va continuer à bugger sur une situation peu compréhensible. On pourrait attendre de la puissance publique qu'elle se substitue, à un moment ou à un autre, aux firmes pharmaceutiques pour obtenir des modifications d'AMM pour qu'au moins, les médecins qui voudraient utiliser tel ou tel médicament ne le fassent pas au prix de trois convocations »* (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

### - Innover dans la prise en charge en expérimentant le système des vouchers ?

Les professionnels interrogés s'accordent sur la difficulté de proposer une prise en charge dans un contexte contraint. Ils plaident pour la mise en place, en France, d'interventions démontrées comme efficaces, comme les *vouchers*<sup>23</sup> :

*« - Il y avait une autre recommandation parmi les trucs validés au plan international, il y a tout ce qui est vouchers pour les débuts de traitement, l'incitation, etc., qui n'a pas été retenu par le groupe parce qu'il n'y a pas eu consensus »* (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat)

*-« ... Alors que c'est une des choses qui est démontrée »* (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

*-« Oui, une des rares choses qui soit à peu près démontrée n'a pas pu être recommandée... »* (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

<sup>23</sup> Le système des *vouchers* (bons d'échange) repose sur l'incitation matérielle des patients à se prêter au dépistage, à la prophylaxie et au traitement d'une pathologie. Selon les recommandations de la HAS, ils doivent avant tout accompagner le patient dans le maintien du suivi et de la non consommation de cocaïne ([www.has-sante.fr/portail/jcms/c.../consommation-de-cocaine-argumentaire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c.../consommation-de-cocaine-argumentaire)).

Les vouchers font en effet partie des interventions qui ont fait leurs preuves mais elles font débat :

-« *Ça augmente le maintien dans les soins, y compris de patients très précaires. Quand on parlait de propositions un peu « séduisantes » dont les patients puissent s'emparer très vite, c'est typiquement le type d'intervention qui a été bien validée* » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

-« *Mais il y a eu des **oppositions formelles** de certains membres du groupe* » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

Ce mode de prise en charge, qui privilégie la gratification de l'utilisateur et l'encouragement au changement plutôt que la répression, semblent, selon les praticiens interrogés, avoir mauvaise presse en France, où primerait l'attachement à une « culture de la punition » :

« *C'est la preuve qu'on ne prend pas le problème du côté rationnel, c'est le côté émotionnel : (moue d'affectation) « Ce n'est pas très éthique, on ne va pas commencer à donner du pognon à des toxicomanes » (...) Or toutes les études montrent que **la récompense marche mieux que la punition**, sauf que le modèle français est calqué sur le modèle de la punition : si tu fais ça, tu perds ça ; par contre, si tu ne fais rien tu ne gagnes rien... »* (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC, CSAPA-CAARUD, Biarritz, Bayonne et Saint-Jean de Luz).

« *Tout est basé là-dessus [en France]. La colle, la punition, la retenue, les amendes, le permis à points...* » (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC, CSAPA-CAARUD, Biarritz, Bayonne et Saint-Jean de Luz).

« *La meilleure preuve, c'est qu'on n'arrive pas à se débarrasser de la loi de 70, qui pourtant va devenir complètement absurde à partir du moment où il y aura des salles d'injection supervisée* » (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).

Certains avouent recourir à un système de ce type « *de façon non affichée et en résidentiel, quand les gens commencent à avoir des droits de sortie* ». Cependant, les professionnels soulignent que, d'un point de vue pratique, l'offre de soins basée sur les vouchers requiert des ressources spécifiques en personnel :

« *Pour revenir à des considérations pratiques, imaginons que ceux qui voudraient implémenter son offre de soins vis-à-vis des patients usagers de cocaïne et mettre en place un système de vouchers, il faut quand même **du temps et du personnel**, je ne suis pas sûre que ça rentrerait dans une enveloppe* » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).

#### - **Engager une réflexion opérationnelle sur les modalités de prise en charge efficaces**

Plus généralement, les professionnels revendiquent de pouvoir participer à une réflexion globale sur les modalités de prise en charge efficaces dans le traitement de l'addiction à la cocaïne :

« *Ce qui est bien dans la question de la cocaïne, c'est que ça permet de **retravailler explicitement la question des TCC ou de certaines approches psychothérapeutiques** sous cet angle-là [l'angle des usagers de cocaïne], alors que c'est un débat qui est difficile en général en France, notamment dans le secteur des addictions. Ça sert aussi à ça, de mon point de vue, à ouvrir cette discussion-là. L'angle des médicaments est un de ceux qui pourrait motiver les médecins généralistes. Parce qu'une des raisons pour lesquelles les médecins généralistes ne dépistent pas non plus c'est parce qu'ils pensent qu'ils n'en ont rien à faire. Donc, en pratique, comme ils n'ont pas le temps, ceux qui y pensent ne vont pas chercher un truc et essayer de trouver parce cela ne déboucherait, de leur point de vue, sur rien...* » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

Les intervenants soulignent l'**importance des TCC** dans la prévention de la rechute de la cocaïne, notamment sous forme de **séances de groupe**. Ainsi, BIZIA propose une TCC de groupe aux usagers accueillis en centre résidentiel à SUERTE/Bayonne puis leur proposent, à la sortie, une poursuite de la prise en charge individuelle à BIZIA. Ils notent cependant l'absence de financements pour ce genre d'initiative (contrairement à l'Espagne !).

Ils insistent également sur la **nécessité de partenariats sur chaque territoire de santé** (par exemple, liens entre BIZIA et le centre thérapeutique résidentiel de SUERTE à Bayonne), et même au-delà, selon la logique des bassins d'usagers. Cet impératif est d'autant plus prégnant dans des secteurs géographiques où la problématique de l'usage de cocaïne est frontalière, comme au Pays Basque : les patients les plus touchés par les problématiques de cocaïne sont aussi les plus proches de la frontière espagnole (Saint-

Jean-de-Luz, Hendaye, etc.), d'où le développement d'un programme transfrontalier avec l'hôpital de Barcelone.

Les intervenants plaident également pour une **expérimentation des approches psychothérapeutiques fondées sur l'EMDR** pour le traitement des jeunes femmes dépendantes à la cocaïne, dont le parcours addictif a débuté après un stress post-traumatique (traiter le stress post-traumatique avant de traiter l'addiction).

#### - **Contribuer à faire émerger des professionnels spécialisés**

Plusieurs intervenants ont pointé la difficulté de trouver les **personnels adaptés, en particulier en milieu rural**. L'enjeu de faire émerger des professionnels qui aient ces compétences nouvelles dans le repérage et la prise en charge des usagers de cocaïne s'avère donc important. Par ailleurs, les structures semblent **sous-dotées en psychologues formés aux TCC** pour animer des programmes spécifiques de réduction du craving lié à la cocaïne.

#### - **Valoriser les formules qui marchent : la pair-émulation**

Le groupe a également évoqué des formules peu connues mais efficaces, comme le modèle communautaire de l'auto-support auto-géré, appelé « pair-émulation », qui semble avoir démontré que les pairs, portés par des dynamiques positives, productives et « aidantes », peuvent utilement s'encourager les uns les autres :

*« Il y a des sortants de Barsac qui, par eux-mêmes, s'installent dans un appartement communautaire. Ils sont en colocation, nous on n'a aucun contrôle institutionnel parce qu'ils sont sortis, on les voit à titre ambulatoire individuellement. Ils vivent ensemble sur un **modèle communautaire de protection croisée**. C'est remarquable. Ils appellent ça « notre communauté ». C'est clairement de l'auto-support mais autogéré, du vrai, ils ne sont pas pilotés par le CEID, c'est eux-mêmes qui ont organisé ça. On avait essayé de les mettre en rapport avec un groupe (...) qui commençait à apparaître à Bordeaux et ils fonctionnent un peu. Ça les aide, ils font des réunions, ils se répartissent les tâches... Du coup, ils se consolident sans être une force attractive pour les dealers. Au contraire, ils se structurent autour d'une résistance et d'un combat permanents. Parmi les trois, il y a un cracker parisien, qui me racontait qu'il rechutait à chaque fois qu'il sentait le RER » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).*

Ce modèle communautaire semble également efficace pour neutraliser les facteurs d'exposition à la rechute, notamment la vulnérabilité face aux dealers des usagers de cocaïne à la sortie d'un programme.

#### - **Développer les relais en aval**

Tout comme la multiplication des partenariats en amont est un des facteurs qui permet à la consultation d'être bien identifiée et d'avoir une file active dynamique, les relais en aval sont cruciaux pour donner un sens et des chances de réussite à la prise en charge proposée dans les « consultations cocaïne ».

Les carences dans le réseau d'aval concernent tout particulièrement l'hébergement des usagers de cocaïne désinsérés, même s'ils ne constituent pas la majorité de ce public. Toute efficace qu'elle soit, la prise en charge ne saurait se passer de solutions de suite en termes d'accès au logement :

*« Ce qui manque probablement dans le panel des soins, c'est le côté « et après ? » pour des gens qui n'ont pas du tout d'hébergement. C'est-à-dire des hébergements long terme pour la petite fraction des cocaïnomanes plutôt crackers, très dépendants, qui n'ont rien » (médecin-psychiatre, praticien hospitalier et responsable de CSAPA, Paris).*

#### - **Doter les structures d'un outil d'analyse des produits consommés**

Les intervenants s'accordent sur l'utilité de pouvoir disposer, sur les lieux de soins, de matériels d'analyse des produits consommés (dispositif de chromatographie sur couche mince), dans une logique de

subsidiarité. Si cette mise à disposition est coûteuse, elle permet, selon eux, d'adapter la prise en charge aux profils de consommation :

*« Pour augmenter le panel de réduction des risques, c'est évident que c'est beaucoup mieux d'avoir une chromatographie. (...) Là, on essaie de mettre un dispositif de chromatographie sur couche mince à la salle d'injection de Bilbao pour pouvoir après essayer de voir l'évolution de ces échantillons de cocaïne qui restent encore très purs puisque, dixit les usagers de la salle d'injection, partout ailleurs où ils en ont acheté ils n'arrivent pas à trouver de la cocaïne aussi pure que celle de Bilbao. Et même ce serait bien d'en avoir dans les boutiques parce qu'on accueille beaucoup les injecteurs, ils nous disent ce qu'ils injectent ou ce qu'ils pensent injecter, mais savoir ce qu'ils injectent réellement ce serait pas mal aussi, c'est quand même la base » (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC, CSAPA-CAARUD, Sud Aquitaine).*

*« Par rapport à ce que tu disais sur la salle d'injection de Bilbao, en France on n'a théoriquement pas encore de salles d'injection supervisée. Nous, avec le travail de rue, on ne fait pas ça dans des lieux propres puisqu'on est dans les lieux de consommation identifiés comme tels dans lesquels on vient un peu faire le ménage, on pose des collecteurs et puis si l'on voit des gens on discute, on leur parle du Bus. On assiste du coup aux injections sur place avec les effets qu'on peut décrire et puis les effets tels qu'ils sont ressentis par l'utilisateur. Évidemment, avoir un outil d'analyse ce serait juste parfait parce que cela permettrait de comprendre. On a donc ce lieu de deal très identifié à Marseille où tout le monde dit que c'est extraordinaire. Effectivement, objectivement quand on regarde l'état de la personne lorsqu'elle s'injecte le produit, on se rend bien compte que ce n'est pas la même chose qu'il y a un an. (...) Si tout le monde dit que c'est génial, [la consommation de ce type de cocaïne] peut augmenter... » (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).*

Certes, une telle mesure nécessiterait des moyens techniques coûteux et un personnel formé mais l'intérêt est, unanimement, jugé crucial en termes de réduction des risques :

*« En termes de réduction des risques, savoir exactement ce qui est contenu dans l'échantillon avec les produits de coupe qu'il peut y avoir, qui parfois s'avèrent tout aussi dangereux que le produit principal... C'est vrai que c'est un dispositif qui est coûteux, qui nécessite des gens qui soient formés, c'est un dispositif qui est quand même lourd. Une chromatographie, ça dure une heure, donc il faut du temps, il faut payer ces gens... Ça aussi c'est compliqué, il faut des gens qualifiés » (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC CSAPA-CAARUD, Sud Aquitaine).*

À cet égard, les professionnels suggèrent de faire succéder à cet appel à projet 2010, orienté sur les soins, un nouvel appel à projets centré sur la réduction des risques, complémentaire du premier.

## 6. Perspectives : vers une augmentation des besoins de prise en charge ?

### Un constat commun : des usages de cocaïne en plein essor

En deux ans (2010 et 2011), la file active des consultations cocaïne a été multipliée par quatre, ce qui témoigne d'une demande en essor, qui serait avant tout liée à des facteurs d'offre. L'**accessibilité de la cocaïne** a connu une progression importante dans des milieux urbains divers. Elle s'est d'abord diffusée auprès des publics précarisés à Marseille. Selon le médecin référent coordinateur d'un CSAPA/CAARUD de Marseille (défini comme étant « à très bas seuil ») :

*« [À Marseille], il y a énormément de circulation de produits ; l'héroïne, ce n'est plus tellement un problème mais la cocaïne est devenue un gigantesque problème » (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).*

De même, dans les Pyrénées-Atlantiques, la « problématique de la cocaïne » a émergé avec les premières demandes d'usagers ayant consommé de la cocaïne hors les frontières, en Espagne, expérimentant, au retour, des troubles spécifiques :

*« La problématique de la cocaïne, on s'en est aperçu parce que BIZIA a un CSAPA/CAARUD qui a son antenne principale à Bayonne mais on a une autre antenne à Saint-Jean-de-Luz qui prend en charge plutôt les patients de Saint-Jean-de-Luz, Hendaye, etc., c'est-à-dire ceux qui sont les plus proches de la frontière*



*qui sont aussi en général les plus touchés par les problématiques de cocaïne* » (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC, CSAPA-CAARUD, Biarritz, Bayonne et Saint-Jean de Luz).

## Une accessibilité renforcée par des effets locaux de marché

L'irruption d'une problématique liée à la cocaïne a été amplifiée au Pays basque par la « grande marée blanche » du Golfe de Gascogne, observée en 2004 puis en 2006<sup>24</sup>. Cet arrivage impromptu de cocaïne a eu pour effet de faire baisser le prix de la cocaïne et d'augmenter son accessibilité, y compris auprès de jeunes usagers « naïfs » :

*« On a eu une particularité qui avait fortement augmenté la demande de prise en charge des usagers cocaïne. On a eu, en 2004 et 2006, des vagues de cocaïne qui sont venues s'échouer sur les plages. Ce qui était bizarre, c'est qu'elles se sont échouées sur des plages peuplées. Il y a eu deux grandes théories qui ont été avancées. La première, c'était que la cocaïne était traînée par des chalutiers dans l'eau et quand la douane arrive ils coupent le cordon, la cocaïne va au fond et puis, petit à petit, elle est ramenée. Le courant voudrait que ce soit un peu éparpillé partout, alors que là c'était assez spécifique, on aurait dit que c'était de la cocaïne téléguidée. Toujours est-il que cet arrivage massif de cocaïne avait nettement fait baisser les prix à Bayonne, on pouvait négocier 1 gramme de cocaïne entre 15 et 20 euros, ce qui est assez bon marché. Du coup, la consommation avait un peu explosé, surtout chez la population très jeune, d'autant que la cocaïne jouissait d'une image qui n'était pas du tout la même que celle de l'héroïne. La cocaïne, c'est la drogue des stars, des mannequins, etc. Tout cela a fait que nous avons dû nous intéresser spécialement au problème de la cocaïne »* (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC, CSAPA-CAARUD, Sud Aquitaine).

Cet « effet de marché » local, ponctuel (« il semble qu'au bout de six ans, elle se soit écoulée ») a été accompagné des premières conséquences sanitaires visibles de la cocaïne au sein d'une population jeune :

*« Là où cela a fait beaucoup de dégâts, c'est sur la côte landaise, au nord de Biarritz. Il y a eu des usagers naïfs qui allaient en chercher sur les plages parce que la presse en parlait, qui en ont consommé, et il y a eu une augmentation des urgences cardiologiques chez des jeunes et très jeunes qui avaient des douleurs de poitrine. Il y a eu un cas de décès. On en a eu un peu en Gironde mais moins. Le Girondin épargne... Il y a eu une affaire en 2011 : un trafiquant de cocaïne avait enterré des ballots de cocaïne dans son jardin pour attendre que les cours remontent... Il s'est fait coincer l'année dernière avec un gros stock (...). Dans les Landes, il y a eu un ballot de 30 kilos qui a été pris »* (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).

## Des dynamiques de marché différenciées selon les sites mais toujours en hausse

L'offre est déterminée par des dynamiques locales de marché, fortement différenciées selon les régions.

### - *Un marché qui fonctionne en lien avec d'autres*

Dans le Sud de l'Aquitaine, le marché fonctionne **en parallèle avec le marché espagnol**. La cocaïne importée principalement de Bilbao, qui se distingue par sa pureté, et irrigue le marché transfrontalier :

*« Étant donné notre position très frontalière, (...) beaucoup de nos jeunes consommateurs traversent la frontière, et vice-versa, pour consommer des substances. (...) [On a] fait une étude comparative du contenu et des dosages des substances qui circulaient de part et d'autre de la frontière parce qu'on pensait que, comme les personnes traversaient la frontière sans discrimination, les produits le faisaient aussi. Nous avons été surpris parce que ce n'était pas exactement comme ça. Les produits de chaque côté de la frontière restaient assez spécifiques, comme s'il y avait deux marchés parallèles. Bilbao était une plaque assez importante d'arrivée de cocaïne, en provenance de Colombie surtout, parce que Bilbao est doté d'un grand port. Les cocaïnes prélevées sur Bilbao étaient extrêmement pures, en moyenne à plus de 82 % de pureté [taux du produit consommé], et elles allaient jusqu'à 96, 97 %, alors que les échantillons de cocaïne que l'on collectait de notre côté de la frontière étaient titrés entre 40 et 54 % au maximum. Néanmoins, les usagers traversaient la frontière et consommaient énormément de produits »* (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC, CSAPA-CAARUD, Sud Aquitaine).

<sup>24</sup> Pour le contexte de prise en charge des usagers de cocaïne au Pays basque, voir p. 11.

À Marseille, le marché de la cocaïne est **imbriqué au trafic de Ritaline**<sup>25</sup>. Ce serait aussi le cas en Corse et dans le Nord-Pas-de-Calais. Cette prévalence de la Ritaline se retrouve en population générale :

*« Il y a beaucoup de prescriptions anarchiques de Ritaline [à Marseille], elle circule beaucoup. Moi, j'ai tendance à vouloir un peu associer les deux parce qu'il y a pas mal d'usagers qui utilisent la Ritaline comme pis-aller quand il n'y a pas de cocaïne. Et quand on fait des analyses – on fait pas mal d'analyses en lien avec l'OFDT ou en interne avec Médecins du Monde –, on a eu quelques échantillons de cocaïne qui étaient à 100 % de la Ritaline ! Beaucoup de personnes ont utilisé la cocaïne par voie intraveineuse dans un but d'apaisement. Ça interpelle un peu au niveau du fonctionnement du méthylphénidate médicament psychostimulant de la classe des pipéridines, dont la principale indication est le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). On le retrouve sous le nom commercial de Ritaline » (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).*

*« Pour le moment, je ne sais pas ce que ça deviendra, la Ritaline, c'est essentiellement PACA et Corse (...). Les grosses zones de trafic où il y a des reventes, pour le moment, c'est vraiment PACA et Corse, avec des trafiquants, des types organisés » (médecin psychiatre de CSAPA/CAARUD, Bordeaux, Périgueux, Bergerac et Sarlat).*

#### - Une cocaïne plus fortement dosée

Dans toutes les régions, les intervenants notent les **transformations rapides du marché**, qui témoignent de la réactivité des trafiquants, et les mutations de l'offre. La tendance à mettre de nouveaux produits sur le marché, à multiplier les produits de coupe et à diffuser **une cocaïne de plus en plus fortement dosée** ressortent des échanges des professionnels :

*« On a un laboratoire [de chromatographie sur couche mince] où on continue à faire de l'analyse de substances pour essayer de détecter la cocaïne, certes, mais on a vu qu'il y avait aussi **pas mal de produits de coupe** dans les échantillons qu'on prélevait. Il y avait eu une petite vague de méthamphétamine dans les discothèques espagnoles il y a de ça deux ans. On avait été alertés parce que c'est quand même une problématique assez grave, surtout pour ceux et celles comme nous qui allons dans les congrès américains où là-bas, ils ont un gros problème avec la méthamphétamine. Puis ça s'est un peu estompé » (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC, CSAPA-CAARUD, Sud Aquitaine).*

À Marseille ou de l'autre côté de la frontière espagnole, à Bilbao, on relève sporadiquement une circulation de cocaïne très fortement dosée :

*« En ce moment, à Marseille (...), on a eu un échantillon assez curieux de **0,1 gramme de cocaïne dosée à 94 %**. Cela a surpris tout le monde. Par contre, il n'y a pas eu d'effets négatifs par rapport à la personne qui en consommait. Quasiment tous les usagers qui, actuellement, vont dans un lieu de deal très identifié à Marseille parlent de la qualité de cette cocaïne, qui est d'ailleurs vendue relativement peu chère, 20 euros, dans des petits pochons à 0,2 gramme, juste de quoi se faire une injection, donc accessibles en faisant la manche. On mène une petite étude qui va durer de décembre [2012] à juin [2013], où l'on va prendre plusieurs échantillons avec un questionnaire SINTES typique mais en rajoutant un questionnaire spécifique à cette cocaïne fortement dosée, de façon à avoir une idée de si c'est quelque chose qui dure dans le temps ou si c'est quelqu'un qui a dû se débarrasser précipitamment de quelque chose. Car on ne comprend pas bien comment un échantillon de cocaïne à 94 % a pu être vendu sans être coupé. Donc **jusqu'à Marseille on peut retrouver de la cocaïne très fortement dosée**, un peu comme si elle arrivait directement du bateau » (médecin de CSAPA/CAARUD, Marseille).*

*« Là où elle est très fortement dosée, c'est dans la région de Bilbao. De tout temps, la police pense qu'elle vient de là. Mais, de là, elle ne partirait pas en France, elle partirait plutôt en Hollande, ce qui est quand même curieux (...). Les échantillons de cocaïne restent encore très purs puisque, dixit les usagers de la salle d'injection [de Bilbao], partout ailleurs où ils en ont acheté, ils n'arrivent pas à trouver de la cocaïne aussi pure que celle de Bilbao. On a certains de nos usagers qui vont se servir là-bas » (neuropsychologue-addictologue formé aux EM et TCC, CSAPA-CAARUD, Sud Aquitaine).*

<sup>25</sup> Voir rapports annuels du site de Marseille dans le cadre des observations TREND menées à l'OFDT ([http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/trendloc\\_fr.html](http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/trendloc_fr.html)).



## Conclusion / Synthèse des résultats

Le premier constat est celui d'un relatif consensus entre les professionnels, certes peu nombreux, qui ont participé à ce *focus group*. Tous se sont montrés intéressés, constructifs et satisfaits d'avoir été associés à ce type de réflexion. L'ambiance a été productive au sein du groupe, qui semble avoir pris plaisir à échanger autour des pratiques et des difficultés dans l'exercice des missions. La confrontation des situations et des pratiques permet ainsi de dresser un état des lieux des difficultés et des interrogations partagées par les intervenants, face à une problématique de cocaïne en essor.

Les conditions de mise en place des « consultations cocaïne » se caractérisent par certaines disparités. Chaque structure s'est approprié les objectifs de l'appel d'offres en fonction de son public et de ses spécificités d'accueil. Ainsi, à Marseille, le montant de l'appel d'offres a permis d'identifier une cible prioritaire et d'individualiser l'offre destinée aux usagers de drogues précarisés. C'est aussi le cas à Bordeaux. Dans le Pays Basque, le financement a surtout servi de point d'appui pour diversifier l'offre. Enfin, à Paris, l'appel d'offres a permis d'approfondir la réflexion et le travail déjà menés autour de la prise en charge des usagers de cocaïne, en améliorant le repérage et le dépistage de complications particulières pour les patients accueillis à l'hôpital (par exemple les patients à risque d'infarctus ou présentant des manifestations psychotiques). Dans tous les cas, l'offre a rencontré une réelle demande, si l'on en juge par la hausse de la file active dès la première année d'expérimentation du dispositif. Le financement complémentaire a notamment permis, à travers une augmentation de personnels, de développer une disponibilité particulière à l'égard des usagers, si ce n'est cachés, au moins discrets, de cocaïne.

Le **public reçu** s'avère relativement homogène : une majorité de jeunes adultes, de sexe masculin, en situation précaire, usagers de drogues présentant un problème d'addiction à la cocaïne à titre secondaire, marqués par de fortes comorbidités psychiatriques, reçus en consultation à la demande d'un tiers. La population des usagers de cocaïne socialement favorisée est peu vue en consultation : ce constat appelle une politique d'affichage et de spécialisation de l'offre pour répondre à la problématique des « usagers cachés » de cocaïne, décrits comme des usagers mono-dépendants et socialement insérés.

Le **recrutement de nouveaux patients** semble donc sélectif, même si les « consultations cocaïne » ont vu leur file active augmenter. Le dispositif atteint difficilement certaines catégories de la population. D'une façon générale, les freins à l'attractivité tiennent à l'absence de demande spontanée chez les usagers de cocaïne éventuellement en situation d'abus, à leur crainte d'être stigmatisés comme « toxicomanes » et, une fois le premier contact établi, à la difficulté de retenir les patients dans le dispositif.

Les professionnels interrogés s'accordent sur trois **pistes d'amélioration** de l'attractivité du dispositif :

- garantir des conditions d'accueil spécifiques aux usagers de cocaïne (notamment en différenciant le lieu d'accueil des usagers de cocaïne de celui des autres usagers) ;
- diversifier les portes d'entrée dans le dispositif et afficher des indications ciblées et claires (par exemple, les femmes consommatrices de cocaïne, les usagers de médicaments psychotropes ou encore les jeunes) ;
- déployer et généraliser le dispositif, en améliorant la visibilité de la consultation cocaïne à l'échelon territorial, et laisser à cette nouvelle offre médico-sociale le temps de s'installer.

Les **pratiques cliniques** apparaissent elles aussi fort variées d'une structure à l'autre, surtout en matière de repérage. Les modes de prise en charge privilégient quant à eux les TCC (individuelles ou collectives) mais ils se heurtent à certaines ambiguïtés, en l'absence d'un cadre d'intervention validé par les institutions de santé et directement opérationnel. À cet égard, nombre de modèles efficaces de prise en charge (traitements médicamenteux, vouchers, pair-émulation) gagneraient, selon les professionnels, à être promus par les autorités publiques de santé.

Leurs **propositions** pour améliorer le repérage et la prise en charge s'articulent autour de trois axes :

- faciliter la prescription de traitements médicamenteux de l'addiction à la cocaïne et, plus généralement, innover dans la prise en charge et diversifier les modes d'intervention ;
- faire émerger des professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'addiction à la cocaïne, en particulier dans des zones sous-dotées en ressources médicales (par exemple en milieu rural) ;
- développer les relais de prise en charge en aval, notamment en matière d'hébergement.

## *Tableau récapitulatif du profil des structures porteuses de consultations cocaïne et de leur public*

(par ordre d'arrivée des financements, de gauche à droite)

Source : enquête OFDT par questionnaire (avril-juin 2012)

Structure	BIZIA (CSAPA/CAARUD)	Espace Murger Fernand Widal CSAPA	Bus 31/32 (CSAPA/CAARUD) Ex-Bus méthadone de MDM	CEID (CSAPA/CAARUD)
<b>Communes concernées</b>	Bayonne, Saint-Jean de Luz	Paris	Marseille	Périgueux, Bergerac, Sarlat
<b>Région</b>	Aquitaine (Pyrénées-Atlantiques)	Ile-de-France	PACA	Aquitaine (Gironde, Dordogne et Pyrénées-Atlantiques)
<b>Date de financement</b>	2010	2010	2011	Mai 2011
<b>Premiers bénéficiaires</b>	Janvier 2010	Janvier 2011	2011	2012
<b>Localisation</b>	Locaux du CSAPA BIZIA/MDM à Bayonne et Saint Jean de Luz + Locaux du CAARUD à Bayonne et Saint Jean de Luz + Consult.avancée au CSAPA SUERTE de Saint Martin de Saignanx	Locaux du CSAPA à Paris 10 <sup>e</sup> (200 rue du Fbg St Denis), Hôpital Fernand Widal	Locaux CSAPA Bus 31/32 + locaux du CAARUD Marseille	Locaux CSAPA + locaux CAARUD Périgueux
<b>Accessibilité horaire</b>	Tous les jours Du lun au ven (9h-18h, sf le mar jusqu'à 20h)	3 après-midis par semaine (14h-17h30) Les mar, mer, jeu  Accueil <u>sur RDV</u>	Tous les jours Unité mobile 365 jours par an (2 stationnements successifs) 3 matinées par semaine : lun, mer et ven (9h30-11h30) Tous les après-midis de la semaine (14h-17h), y compris sam, dim et jours fériés (unité mobile) Possibilité d'accueil sur RDV	1 matinée + 3 après-midis par semaine (mar 10h-12h + lun, mar, jeu)
<b>Principaux partenaires</b>	CSAPA SUERTE de Saint Martin de Saignanx CAARUD BIZIA/MDM Centre hospitalier Côte basque (Bayonne) et Cliniques (Cantegrit, Amade et Mirambeau) UCSA CMP Services sociaux : Atherbea, SIAO, CCAS de Bayonne	Service de cardiologie de l'Hôpital Lariboisière Unité de recherche INSERM-CNRS de neuropharmacologie des addictions	CAARUD-ASUD Marseille Association d'auto-support Nouvelle Aube Mission RDR de MDM Microstructures de médecins généralistes orientées addictologie	CSAPA-CEID CAARUD-CEID Service hospitalier ESCALES ELSA
<b>Personnels socio-médicaux</b>	Psychologue Travailleur social Neuropsychologue Psychiatre + vacations de sophrologie et relaxation (55h recruté)	Psychiatre (mi-temps existant) Assistant de recherche clinique (mi-temps <u>recruté</u> )	Médecin Infirmier	Infirmier Psychologue Psychiatre

Structure	BIZIA (CSAPA/CAARUD)	Espace Murger Fernand Widal CSAPA	Bus 31/32 (CSAPA/CAARUD) Ex-Bus méthadone de MDM	CEID (CSAPA/CAARUD)
Effectifs accueillis En 2010 En 2011	29 39	ND 127	ND 187	87 121
Dont : Hommes	51/68 (75%)	95 (75%)	141 (75%)	181/208 (87%)
Profils socio-médicaux	<p>64% atteints d'un ou plusieurs troubles psychiatriques</p> <p>21% d'usagers d'opiacés (TSO en cours) 19% séropositifs au VIH, VHC ou VHB</p> <p>9% vivent dans la rue ou en hébergement précaire</p> <p>16% vivent de minima sociaux</p> <p>48% vivent seuls</p>	<p>68% atteints d'un ou plusieurs troubles psychiatriques</p> <p>24% d'usagers d'opiacés (TSO en cours)</p> <p>41% complications somatiques liées à la cocaïne</p> <p>31% vivent dans la rue ou en hébergement précaire</p> <p>41% vivent seuls</p>	<p>52% atteints d'un ou plusieurs troubles psychiatriques</p> <p>97% d'usagers d'opiacés (TSO en cours) 80% séropositifs au VIH, VHC ou VHB</p> <p>54% vivent dans la rue ou en hébergement précaire</p> <p>8% sans couverture sociale</p> <p>46% vivent seuls 16% ont des enfants à charge</p>	ND
Consommations récentes de drogues	<p>La moitié des patients dépendants à la cocaïne (53%) : beaucoup plus nombreux que les personnes en situation d'abus</p> <p>18% dépendants aux opiacés 3% au crack</p> <p>26% d'alcoolodépendants Seulement 30% de fumeurs 13% dépendants au cannabis 3% dépendants méd.psychotropes</p>	<p>Quasi-totalité dépendants à la cocaïne</p> <p>Profils de polyconsommation (estimations en 2011) :</p> <p>60% en situation d'abus ou de dépendance au cannabis 64% dépendants aux opiacés Plus de la moitié dépendants au crack Plus de la moitié en situation d'abus ou de dépendance alcoolique Près de 60% dépendants aux médicaments psychotropes Plus de 20% dépendants aux stimulants</p>	<p>Profils de polyconsommation 97% dépendants aux opiacés La plupart en situation d'abus à la cocaïne (58%) et 42% dépendants 21% dépendants au cannabis 22% alcoolodépendants 30% aux médicaments psychotropes 1% dépendants au crack</p>	<p>Seulement 15% de dépendants à la cocaïne : la plupart en situation d'abus (85%)</p>

## Liste des sigles

AMM :	Autorisation de mise sur le marché
ATU :	Autorisation temporaire d'utilisation
CAARUD :	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues
CEID :	Comité d'études et d'information sur la drogue
CSAPA :	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DGS :	Direction générale de la santé (Ministère de la Santé)
EM :	Entretien motivationnel
EMDR :	<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i> (voir explications p.14)
HAS :	Haute Autorité de Santé
MDM :	Médecins du Monde
MILDT :	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
OFDT :	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
SINTES :	Système national d'identification des toxiques et substances (dispositif mis en place à l'OFDT)
TCC :	Thérapie cognitivo-comportementale
TREND :	Tendances récentes et nouvelles drogues (dispositif mis en place à l'OFDT)