



emcdda.europa.eu

Objectif drogues

Briefing de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

ISSN 1681-634X

La consommation de cocaïne en Europe: conséquences relatives pour les services d'aide aux consommateurs de drogue

On estime à quelque 12 millions (3,5 %) le nombre d'Européens adultes âgés de 15 à 64 ans qui ont déjà consommé de la cocaïne et à 4,5 millions (1,3 %) le nombre de ceux qui en ont consommé au cours de l'année écoulée. Dans l'ensemble, l'approvisionnement, l'usage et les problèmes liés à la cocaïne en Europe ont pris de l'ampleur durant la dernière décennie et les prix ont chuté. Cependant, cette tendance générale cache des différences considérables entre les pays. Certains États membres, comme le Royaume-Uni, l'Espagne et l'Italie, ont enregistré une hausse sensible de l'usage de cocaïne,

tandis que d'autres, notamment en Europe de l'Est, ne font état que d'une consommation très limitée.

L'usage de cocaïne pose de nouveaux défis aux services d'aide aux consommateurs de drogue en Europe. Bien que ces services puissent s'appuyer sur l'expérience acquise dans la lutte contre d'autres types de problèmes liés à la drogue, la pharmacologie de la cocaïne, la diversité sociale de ses usagers et la consommation concomitante d'autres substances psychoactives compliquent la mise au point et le ciblage des réponses. En outre, à la différence

du traitement des usagers d'opiacés, aucun traitement pharmacologique ou de substitution prouvé efficace n'est actuellement disponible pour les usagers de cocaïne.

Le présent document aborde diverses questions importantes pour la mise à disposition de services d'aide aux usagers de cocaïne. Comment atteindre et aider les différents groupes d'usagers? Quel type de traitement doit-on mettre à la disposition des usagers de cocaïne? De nouveaux services spécialisés sont-ils nécessaires ou les services existants doivent-ils être adaptés?

Définition

La **cocaïne** est un sel d'hydrochlorate produit à partir d'extraits des feuilles de coca (*Erythroxylon coca Lam*), un arbuste essentiellement cultivé en Amérique du Sud. La poudre de cocaïne est généralement sniffée et, plus rarement, injectée. Elle produit une sensation d'euphorie, supprime l'appétit et a de nombreux effets négatifs sur la santé (voir «Questions liées à la santé»).

Le **crack** est la forme fumable de la cocaïne et est fabriqué à partir du chlorhydrate de cocaïne. Il est connu pour ses effets immédiats et est associé à des usages problématiques.

Problèmes clés

1. 4,5 millions d'Européens adultes (1,3 %) ont consommé de la cocaïne au cours de l'année écoulée. Une tendance générale à la hausse a été enregistrée durant la dernière décennie en ce qui concerne l'usage de cocaïne mais avec des variations entre les États membres de l'Union européenne (UE), les chiffres oscillant entre 0,1 et 3,0 %.
2. L'usage de cocaïne peut aboutir à une dépendance et la demande de traitement pour usage de cocaïne a augmenté. Des problèmes d'ordre psychiatrique, cardiovasculaire et d'autres problèmes de santé sont associés à la prise de cocaïne. L'injection de cocaïne induit un risque de transmission de maladies infectieuses, comme le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et l'hépatite C.
3. Les usagers problématiques de cocaïne se répartissent essentiellement en trois groupes: les individus socialement intégrés, les usagers d'opiacés, dont certains suivent un traitement de substitution, et les usagers de crack marginalisés.
4. La situation sociale, l'état de santé et les habitudes de consommation des membres de ces groupes sont différents. Leurs besoins vont de l'accès à des informations sur les risques liés à la cocaïne à un traitement spécifique ou à des interventions visant à réduire les risques.
5. Les réponses actuelles aux problèmes liés à la cocaïne s'appuient dans une large mesure sur les services existants destinés aux usagers d'opiacés et à la consommation de drogue dans des lieux récréatifs. Ces services doivent être adaptés afin de répondre aux besoins spécifiques des usagers de cocaïne et de crack.
6. Les améliorations à apporter pourraient inclure des stratégies spécifiques pour la cocaïne et le crack, la formation et la recherche sur le traitement de la dépendance à la cocaïne, des interventions de proximité et des services de traitement adaptés à des groupes spécifiques d'usagers de cocaïne et de crack.

1. Consommation croissante de cocaïne en Europe

La cocaïne est, après le cannabis, la drogue qui fait l'objet du trafic le plus important dans le monde. En 2005, quelque 752 tonnes ont été saisies dans le monde et 107 tonnes en Europe, l'Espagne représentant près de la moitié des saisies européennes. Dans l'ensemble, les quantités saisies et le nombre de saisies ont augmenté depuis 2000 en Europe, pour atteindre 70 000 cas en 2005. Les prix moyens de la cocaïne ont chuté dans la plupart des pays étudiés.

Les enquêtes en population générale font apparaître une augmentation de l'usage de cocaïne dans de nombreux pays de l'UE, bien que cette tendance connaisse actuellement un ralentissement dans certains États membres où la prévalence était la plus élevée (Royaume-Uni, Espagne). L'usage de cocaïne est plus répandu chez les jeunes adultes de 15 à 34 ans (figure 1) et chez les hommes. Cette drogue est souvent consommée avec d'autres substances illicites et de l'alcool.

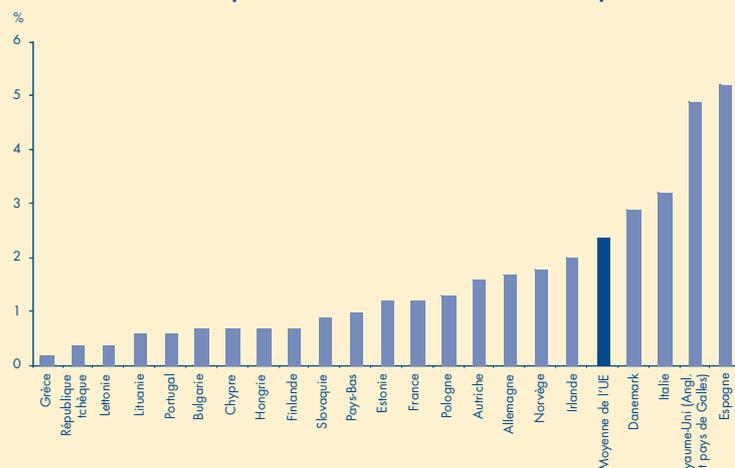
2. Questions liées à la santé

Il a été démontré que l'usage de cocaïne avait des effets négatifs sur la santé, en particulier chez les usagers réguliers. Cependant, l'importance de la morbidité et de la mortalité directement liées à l'usage de cocaïne reste difficile à estimer.

La cocaïne et le crack agissent sur le système de récompense du cerveau, et un usage répété de ces substances peut conduire à une dépendance. Il s'agit de la troisième drogue la plus couramment citée comme raison d'entamer un traitement dans l'UE, et elle représentait près de 13 % de l'ensemble des demandes de traitement en 2005. Cependant, il existe des variations considérables selon les pays. En Espagne et aux Pays-Bas, la cocaïne représente, respectivement, 40 et 35 % de l'ensemble des demandes de traitement, alors que le pourcentage est égal à zéro en Finlande et à 0,1 % en Lituanie. Le nombre de demandes de traitement pour usage de cocaïne a augmenté ces dernières années, notamment parmi les personnes suivant un traitement pour la première fois (figure 2). En 2005, plus d'un cinquième des demandes de premier traitement (21,5 %) était lié à la cocaïne.

Un usage aigu et chronique de cocaïne, souvent consommée en combinaison

Graphique 1 — Prévalence de l'usage de cocaïne au cours de l'année écoulée chez les jeunes adultes (de 15 à 34 ans) en Europe



Source: Bulletin statistique de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), figure GPS-38.

avec d'autres substances, peut provoquer des troubles multiples (cardio-vasculaires, cérébro-vasculaires, neurologiques, psychiatriques, etc.). L'injection de cocaïne induit également le risque de transmission de maladies transmissibles par le sang, comme le VIH et l'hépatite C. Les décès par intoxication aiguë à la cocaïne ne sont pas fréquemment rapportés et dans les rares cas existants, une exposition massive est mentionnée. La plupart des décès liés à la cocaïne qui sont déclarés sont la conséquence de sa toxicité chronique, qui entraîne des complications cardio-vasculaires et neurologiques.

3. Différents groupes d'usagers

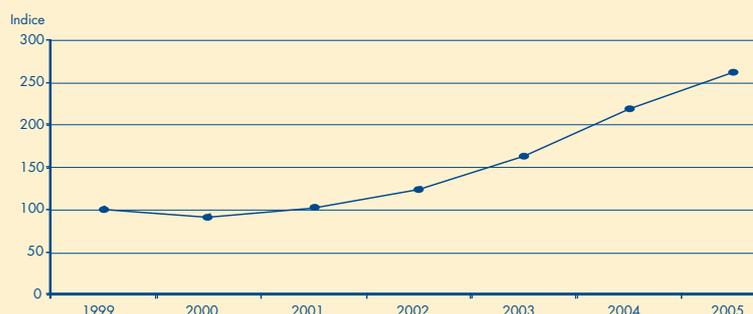
Les usagers de cocaïne se répartissent entre divers groupes sociaux. Par exemple, les enquêtes menées dans les lieux de divertissement nocturne font apparaître des taux de prévalence 5 à 20 fois supérieurs

parmi les «clubbers» que dans la population générale. Les études réalisées auprès des usagers de cocaïne qui ne suivent pas de traitement font généralement état d'un groupe d'usagers ayant un bon niveau d'éducation et socialement intégrés. De plus, les études et les données relatives au traitement permettent de distinguer trois profils ou groupes distincts d'usagers de cocaïne à problème.

Le premier groupe consomme de la poudre de cocaïne seule ou en association avec du cannabis et/ou de l'alcool. Ce groupe se compose principalement d'hommes, souvent incités à suivre un traitement par une décision de justice ou sous la pression du réseau social et familial. Ils sont relativement bien intégrés socialement, ont des conditions de vie stables et un emploi régulier.

Le deuxième groupe consomme à la fois des opiacés et de la cocaïne. Ces consommateurs sont des usagers actuels ou anciens d'héroïne, qui ont également

Figure 2 — Évolution du nombre de demandes de premier traitement pour dépendance à la cocaïne en tant que drogue primaire dans 20 États membres de l'UE (indexé à 100 en 1999)



Les 20 pays sont: Bulgarie, République tchèque, Danemark, Allemagne, Irlande, Grèce, Espagne, France, Italie, Hongrie, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Finlande, Suède, Royaume-Uni.

développé des problèmes de dépendance à la cocaïne. Certains suivent un traitement de substitution. Des études nationales centrées sur les usagers de cocaïne en traitement indiquent que ce groupe est souvent le plus important en taille.

Le troisième groupe consomme du crack, souvent en combinaison avec des opiacés. Il est constitué d'usagers souvent extrêmement marginalisés et peut comporter une forte proportion de personnes issues de minorités ethniques et de personnes sans domicile fixe, sans emploi ou ayant un travail précaire. C'est le plus petit des trois groupes (2,5 % des patients européens en traitement) et il n'a été identifié que dans quelques endroits.

4. Les besoins des différents groupes d'usagers

Les usagers de cocaïne et de crack constituent une population hétérogène ayant des besoins spécifiques qui peuvent nécessiter des services adaptés. Les consommateurs de cocaïne en poudre qui sont socialement intégrés peuvent avoir besoin de meilleures informations sur les risques liés à la cocaïne. Ils peuvent également se montrer réticents à l'idée d'entamer ou de poursuivre un traitement aux côtés d'usagers de drogue marginalisés et avoir le sentiment que les usagers qui fréquentent ces services sont stigmatisés.

Parmi les usagers de cocaïne qui consomment également de l'héroïne et/ou suivent un traitement de substitution, l'usage continu de cocaïne peut, s'il n'est pas dûment pris en compte, interférer avec le programme de traitement et, partant, mettre en péril le résultat global du traitement. De même, la consommation simultanée d'alcool ainsi que les troubles psychiatriques comorbides et les troubles de la personnalité souvent observés (comme les comportements agressifs, les psychoses aiguës et les comportements paranoïdes) chez les patients usagers de cocaïne posent de gros problèmes au personnel et aux cliniciens. L'usage combiné de diverses substances augmente aussi considérablement le risque de problèmes de santé supplémentaires et le risque de décès au sein de cette population.

Enfin, le crack touche souvent les populations marginalisées et défavorisées (comme les sans-abri, les travailleurs du sexe). Ces populations connaissent une grande variété de problèmes sanitaires et sociaux et sont difficiles à atteindre. Elles peuvent rechercher un traitement et une aide à un stade ultérieur

de leur dépendance et, donc, être plus difficiles à traiter.

5. Politiques et interventions

Il existe très peu de stratégies drogue visant spécifiquement l'usage de cocaïne et de crack, et seuls le Royaume-Uni et l'Irlande ont mis en œuvre des stratégies sur le plan national et/ou local. La plupart des pays européens indiquent que les usagers de cocaïne peuvent avoir accès à des informations sur la cocaïne et les risques liés à son usage par l'intermédiaire de diverses sources, comme des sites internet, des lignes d'assistance téléphonique et des interventions dans les lieux de divertissement nocturne. Dans certaines villes, en particulier celles où la consommation de crack est significative, les services de réduction des risques mènent également des actions de proximité.

À l'heure actuelle, la plupart des traitements pour dépendance à la cocaïne déclarés en Europe se déroulent dans des centres de soins ambulatoires essentiellement destinés à répondre aux besoins des usagers d'opiacés. Cependant, les usagers de cocaïne socialement intégrés chercheront probablement une aide auprès d'autres prestataires de soins, comme les médecins généralistes ou les cliniques privées. Les pays qui recensent une importante population consommatrice de cocaïne manifestent aussi de plus en plus d'intérêt à fournir des services spécifiquement adaptés aux besoins des usagers de cocaïne.

Une analyse récente de la littérature relative au traitement de la dépendance à la cocaïne a été publiée par l'OEDT et a conclu qu'aucun agent thérapeutique pharmacologique n'est encore disponible, mais que des essais expérimentaux récents (par exemple, le Topiramate et les vaccins contre la cocaïne) ont donné des premiers résultats prometteurs. Des interventions cognitivo-comportementales, comme la thérapie cognitivo-comportementale, les entretiens motivationnels, l'approche de renforcement communautaire, parfois combinée à une approche de renforcements positifs et récompenses (comme des bons d'échange), se sont révélées très efficaces dans la réduction et la prévention de la consommation future de cocaïne. Cependant, étant donné que ces approches et les études sur leur efficacité proviennent presque exclusivement des États-Unis, il est urgent de réaliser des études sur leur

capacité à être transférées dans le contexte européen.

6. Et maintenant?

Au niveau politique, des stratégies spécifiques doivent être élaborées pour les services d'aide aux usagers de cocaïne ou de crack là où l'ampleur du problème mérite une réponse concertée et concentrée, par exemple dans certaines villes et pays d'Europe. En dehors de ces endroits, les politiques drogue devraient aborder la question de la diversité croissante des modes de consommation et des besoins des usagers problématiques de drogue.

Le traitement de la dépendance à la cocaïne repose essentiellement sur des interventions psychosociales, les agents pharmacologiques étant utilisés par de nombreux cliniciens comme un support. Cependant, jusqu'à présent, aucun agent pharmacologique efficace n'est apparu pour aider à gérer l'abstinence à la cocaïne et réduire l'état de manque. Par conséquent, la priorité doit être accordée à la recherche et à la formation aux interventions psychosociales. L'échange d'expériences et de bonnes pratiques entre cliniciens doit être encouragé. La recherche d'agents pharmacologiques doit également être soutenue et les résultats rapidement publiés, qu'ils soient positifs ou négatifs. Enfin, les usagers de cocaïne qui suivent un traitement de substitution aux opiacés doivent faire l'objet d'une évaluation afin de s'assurer que leur consommation de cocaïne n'est pas liée à un dosage trop faible de méthadone ou de buprénorphine.

Les interventions destinées à atteindre les usagers de cocaïne à problème socialement intégrés et les consommateurs de crack marginalisés constituent également un défi. Un récent projet pilote irlandais a montré que la réticence des usagers de cocaïne à se présenter dans des programmes de traitement axés sur les usagers d'opiacés pouvait être contournée en leur donnant un accès spécial à ces programmes en soirée ou immédiatement avant ou après le week-end. Pour les usagers de crack et les populations marginalisées de toxicomanes, les actions de proximité visant à réduire les risques et à orienter les usagers de drogue vers les services d'aide doivent bénéficier d'une priorité plus élevée.

Objectif drogues est une série de comptes rendus politiques publiés par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), qui siège à Lisbonne. Ces comptes rendus paraissent trois fois par an, dans les 23 langues officielles de l'Union européenne et en turc et norvégien. La langue originale est l'anglais. Leur contenu peut être reproduit à condition d'en mentionner la source.

Pour vous abonner sans frais, contactez-nous par courrier électronique: publications@emcdda.europa.eu

Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25, P-1149-045 Lisbonne

Tél. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11

info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Conclusions et considérations politiques

1. Des stratégies spécifiques visant la consommation de cocaïne ou de crack doivent être élaborées dans les endroits où l'ampleur du problème, comme c'est le cas dans certains pays et villes d'Europe, requiert une action concertée. Ailleurs, les politiques de drogue doivent aborder la question de la diversité croissante des modes de consommation et des besoins des usagers problématiques de drogue.
2. Des approches de prévention et de réduction des risques liés à la cocaïne doivent être mises au point, en particulier des informations sur les risques (cardio-vasculaires, psychiatriques, toxicité élevée de certaines formes de polyconsommation) doivent être diffusées et s'adresser aux usagers de cocaïne occasionnels et réguliers.
3. Des interventions destinées à atteindre et à aider les usagers problématiques de cocaïne socialement intégrés peuvent être développées en adaptant les services existants ou, dans certains cas, en proposant des services de traitement spécifiques.
4. Les usagers de crack et d'autres populations marginalisées d'usagers de drogue doivent avoir accès à des services de réduction des risques et être orientés vers les autres services d'aide et de traitement.
5. Dans tous les centres de traitement, la formation aux interventions psychosociales doit bénéficier d'une priorité élevée étant donné que ce type d'intervention a donné les meilleurs résultats. L'échange de connaissances et de bonnes pratiques entre cliniciens et d'autres travailleurs qui viennent en aide aux usagers de drogue doit être encouragé.
6. La recherche sur les actions psychosociales et sur de nouveaux agents pharmaceutiques pour traiter les patients dépendant à la cocaïne doit être encouragée. Il est également urgent de mieux comprendre la polyconsommation de drogues, incluant la cocaïne, avec ses multiples variantes et conséquences.

Principales références

Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*, VUB University Press, Bruxelles (disponible uniquement en anglais).

Horgan, J. (2007), *An overview of cocaine use in Ireland*, National Advisory Committee on Drugs and National Drugs Strategy Team, Dublin.

Kraus, L., e.a. (2004), *Epidemiologie, Prävention und Therapie von Kokainkonsum und Kokainbezogene Störungen: Eine Literaturübersicht*, IFT-Berichte vol. 144, IFT — Institut für Therapieforschung, Munich.

OEDT (2007), *Rapport annuel 2007: Question particulière sur la cocaïne*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne.

OEDT (2007), *Treatment of problem cocaine use — A review of the literature*, Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Lisbonne (disponible uniquement en anglais).

Pascual, F., Torres, M., et Calafat, A. (2001), *Monografía Cocaína, Adicciones*, vol. 13, suplemento 2, Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.

Prinzleve, M., e.a. (2004), «Cocaine use in Europe — A multi-centre study: patterns of use in different groups», *European Addiction Research*, n° 10, 2004, p. 147-155.

Weaver, T., e.a. (2007), *National evaluation of crack cocaine treatment and outcome study (Nectos): a multi-centre evaluation of dedicated crack treatment services*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NHS, Londres.

Références en ligne

Profils de drogues de l'OEDT: cocaïne et crack

<http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?nnodeid=25482>

National Institute on Drug Abuse: Infofacts on cocaine

<http://www.nida.nih.gov/Infofacts/cocaine.html>



Office des publications
Publications.europa.eu

ÉDITEUR OFFICIEL: Office des publications officielles des Communautés européennes

© Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2007

DIRECTEUR: Wolfgang Götz

ÉDITEUR: Peter Thomas

AUTEURS: Frank Zobel et Roland Simon

CONCEPTION GRAPHIQUE: Dutton Merrifield Ltd, Royaume-Uni

Printed in Belgium