

# L'actualité des drogues

*Ecstasy, cannabis, crack*

Chaque époque connaît l'émergence de substances psychotropes conduisant à des consommations abusives. Aux hallucinogènes des années 60 et de la contre-culture, succèdent l'héroïne des années 70 et de la récession, puis la cocaïne des années 80 et plus récemment les «designer drugs» dont le plus connu reste l'ecstasy (3,4 méthylène-dioxy-métamphétamine) encore appelée MDMA, Adam, XTC ou X. Depuis maintenant quelques années, la consommation de cette substance n'a fait que progresser. On la retrouve fréquemment au sein des «rave parties», soirées plus ou moins tolérées, plus ou moins clandestines, selon les pays européens, diffusant de la musique dite «techno», «house».

## L'ECSTASY

*Denis Pons, Patrick Beauverie et Didier Touzeau*

Autrefois utilisée en tant qu'anorexigène, la MDMA, dérivée de l'amphétamine, fut classée dès 1986 parmi les substances stupéfiantes sans usage thérapeutique. Sur le marché illicite, l'ecstasy se présente sous forme de comprimés ou de gélules de couleurs et de formes variées. Il est fréquemment associé à d'autres substances (psychostimulants, hallucinogènes...) dont la toxicité s'ajoute à celle propre de la MDMA. La posologie minimale requise pour l'ecstasy semble être de 100 mg (50-150 mg) par voie orale. Ainsi absorbée, la MDMA se révèle efficace à partir de la deuxième heure suivant la prise et durant 4 à 6 heures. D'une demi-vie

de 12 heures (on considère généralement qu'une substance est totalement éliminée au bout de 5 demi-vies), la MDMA et ses métabolites sont retrouvés dans les urines du consommateur, ce qui permet de l'identifier par diverses méthodes plus ou moins spécifiques (dépistage à l'aide des techniques immunochimiques puis confirmation d'un éventuel résultat positif par spectrométrie de masse).

### Action et effets

Au plan neurobiochimique, la MDMA agit sur certaines zones du cerveau en augmentant directement ou indirectement la concentration in-

tracérébrale de la sérotonine (encore appelée 5-hydroxytryptamine ou 5-HT), puissant neurotransmetteur impliqué dans de nombreux mécanismes physio-pathologiques. Cette augmentation de sérotonine, associée à une forte déplétion des stocks naturels, est en partie à l'origine de troubles de l'activité mentale, de troubles de la personnalité ou encore de la perception de la réalité.

À faibles doses, l'effet de l'ecstasy tend à se rapprocher de celui du LSD qui peut aller des simples modifications sensorielles à des illusions voire des hallucinations. Tous les sujets soumis aux hallucinogènes n'auront pas forcément des hallucinations. Seuls, 20 % des utilisateurs ont rapporté des hallucinations visuelles.

À plus fortes doses, l'ecstasy possède des effets plus proches de ceux des amphétamines : excitation psychomotrice, insomnies, mydriase (augmentation du diamètre pupillaire), augmentation de la production de sueur, de salive ou encore du rythme respiratoire.

**La stimulation psychique engendrée par la MDMA donne une impression de «communication» intense avec les autres, véritable effet empathique.**

Avec la répétition des prises et l'augmentation des doses, l'effet convivial diminue dans un premier temps, puis les effets stimulants prédominent et s'estompent à leur tour, laissant place à un sentiment désagréable croissant. Cette phase peut alors être suivie par la prise d'autres substances à visée palliative (cannabis, tranquillisants, antidépresseurs...), anxiété, symptômes dépressifs, survenant au décours ou à distance des prises.

### Effets secondaires et indésirables

Outre les syndromes dépressifs, des cas de psychoses ou d'attaques de panique ont été rapportés chez l'homme. L'importance des effets indésirables de la MDMA sur le cerveau et les conséquences sur le comportement restent cependant obscurs. Chez l'animal, à long terme, on observe la survenue d'altérations morphologiques (dégénérescence) des terminaisons sérotoninergiques. Chez l'homme, même si des examens en *post-mortem* ont pu déceler une diminution du nombre de neurones dans certaines régions du cerveau, rien ne permet de l'imputer directement à la MDMA car ce type de dégénérescence peut survenir également après une hyperthermie maligne, une hypoxie cellulaire..., troubles pouvant aussi être causés par d'autres substances souvent associées à la MDMA. Cette toxicité est accrue si la personne se situe dans un espace clos à température élevée (où les pertes hydriques sont donc importantes) et/ou lors d'un effort physique intense comme c'est le cas dans les «rave parties». Il apparaît alors une hyperthermie maligne liée à une perturbation des centres thermorégulateurs.

La MDMA peut provoquer une augmentation du rythme cardiaque, une hypertension artérielle importante qui constituent la première cause de décès ou d'accident grave suivant

### L'essentiel

- Substance psychotrope, l'ecstasy est la drogue des années 90 associée à la mode «techno» et aux parties «raves».
- Elle est largement diffusée sous forme de comprimé décoré au nom évocateur.
- Elle bénéficie d'une réputation d'innocuité totalement erronée.

une prise d'ecstasy. Une rhabdomyolyse (destruction massive des cellules musculaires du corps) ou une coagulation massive du sang de l'utilisateur peuvent également survenir. Enfin, quelques cas de toxicité hépatique liés à la prise de la MDMA ont été rapportés, toxicité due à la molécule elle-même, aux impuretés de sa fabrication ou aux adjuvants.

### Ce que vit le «raver»

Dans les «rave parties» où se retrouvent de façon clandestine les jeunes au son de la musique «techno», rares sont ceux qui ne se retrouveront pas confrontés à l'ecstasy. Dans ces lieux insolites connus des seuls usagers, les adolescents et les jeunes adultes donnent l'impression de constituer une véritable société fermée pour l'observateur extérieur.

Le «raver» vit seul une fête-transe dont la signification est plus complexe qu'il n'y paraît. Face aux idéologies auxquelles il ne croit plus, on a pu dire que le «raver» remplaçait le discours par les vibrations, la danse, échappant, par un acte gratuit - la fête -, à une société productiviste et rationnelle. Sa culture semble déjà récupérée à des fins commerciales.

### Information et prévention

Les pouvoirs publics, via la DGLDT (Direction Générale de la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie),

ont choisi, pour leur part, une information de proximité, craignant l'émergence massive de ce phénomène. Cette information est destinée en priorité aux usagers d'ecstasy afin de leur rappeler la toxicité de la MDMA et des produits associés. Déjà, certains propriétaires de boîtes de nuit et des usagers regroupés en associations tentent de limiter les dégâts en mettant en garde contre les produits frelatés, en conseillant diverses mesures aux utilisateurs comme, par exemple, de porter des vêtements légers et de s'hydrater régulièrement. Les complications psychiatriques ne peuvent, quant à elles, être prévenues et pourront nécessiter un accompagnement vers des services spécialisés. Enfin, la levée d'inhibition et la facilitation des rencontres favorisent les relations sexuelles, protégées ou non.

Des équipes de prévention se rendent sur les lieux de consommation.

Leur action vise à ne pas marginaliser les «ravers» (consommateurs de MDMA), à éviter l'attrait du «fruit défendu» et à réduire les effets les plus nocifs autant que faire se peut. Le rôle des professionnels de santé s'inscrit dans cette dynamique. Ils se doivent de participer à la prévention primaire en diffusant une information précise auprès des jeunes sur les effets et la dangerosité du produit et aux préventions secondaire et tertiaire en vue d'éviter les complications des conduites de consommation abusive d'une substance toxique. □

*Denis Pons et Patrick Beauverie sont pharmaciens, CH Paul Guiraud, Villejuif, Didier Touzeau est psychiatre, département de Toxicomanie, CH Paul Guiraud, Villejuif*

### Références

- Fontaine A., Fontana C., *Raver*, Ed. Anthropos-Economica, 1996.  
Touzeau D., Beauverie P., Bouchez J., Saufnai, C., «Ecstasy, mythe et réalité», *Revue du Praticien*, 1996, 10, 339, p. 37-40.



## LE CANNABIS

Denis Richard et Gilbert Fournier

L'usage de préparations à base de cannabis (dans sa variété dite « indienne ») s'est largement popularisé en l'espace de vingt ans. Il constitue aujourd'hui un important problème social puisque l'on estime, en France, qu'un adolescent sur deux de dix-huit ans au plus en a consommé au moins une fois dans sa vie et que cinq millions de Français en ont utilisé au moins une fois.

L'usage de cannabis fait l'objet d'une controverse souvent vive entre tenants de la libéralisation ou, pour le moins, de la légalisation de son usage et partisans d'une prohibition totale de son utilisation. Au-delà de toute attitude polémique, les travaux scientifiques permettent désormais de commencer à mieux cerner le mécanisme de son activité.

### Qu'est-ce que le cannabis ?

Le cannabis est une plante herbacée, longtemps cultivée dans les seules régions relativement chaudes du Moyen-Orient et des contreforts de l'Himalaya. Il en existe deux variétés. La première, dite « textile », est utilisée depuis des millénaires pour ses fibres permettant notamment de produire des cordages et des tissus. La seconde, dite « à résine » ou « indienne », connue traditionnellement comme plante médicinale, est maintenant utilisée pour les propriétés psychotropes des diverses préparations dont elle constitue la matière première : herbe ou marijuana, haschisch ou « shit », « huile » pour n'en citer que quelques unes des plus usitées en France. Il existe des variétés intermédiaires entre les deux formes extrêmes.

L'activité des préparations à base de cannabis est le fait d'une substance spécifique, le tétrahydrocannabinol (THC), molécule appartenant à la famille des cannabinoïdes. Le THC est, parmi tous les cannabinoïdes du can-

nabis, le seul qui soit susceptible de déterminer une action sur le système nerveux central cliniquement significative. Les producteurs clandestins ont sélectionné des variétés plus riches en THC et dont le cycle végétatif, très raccourci, autorise une culture dans des zones plus fraîches ou en intérieur. Ces nouvelles variétés favorisent la culture de la drogue en Europe occidentale, dans le Nord des États-Unis ou au Canada, ainsi que la consommation de produits contenant une proportion sensiblement accrue de THC.

Bien qu'il soit possible d'utiliser le cannabis par voie orale, selon une tradition établie au Moyen-Orient, le mode de consommation répandu dans nos pays consiste à inhaler les fumées produites par la combustion d'une cigarette artisanale (le « joint », le « pétard » ou « tarpé », ou encore le « cône »), constituée d'un mélange de tabac et de haschisch, d'herbe ou, plus rarement, d'huile. La teneur en principe actif de ces préparations est des plus variables : elle oscille entre 5 et 30 % pour le haschisch (% rapporté à la matière sèche).

### Comment agissent les principes actifs du cannabis ?

La question est longtemps demeurée sans réponse claire. On sait depuis le début de la décennie qu'il existe dans notre organisme des récepteurs aussi spécifiques des cannabinoïdes qu'il en existe de spécifiques à l'égard des opiacés. Ceux-ci ont notamment été mis en évidence au niveau du systè-

me nerveux central. En revanche, il n'y a pas de réponse univoque aujourd'hui quant à l'existence de ligands endogènes pour ces récepteurs. Une molécule très lipophile, l'anandamide, constitue cependant un candidat valable.

Les cannabinoïdes agissent par ailleurs sur d'autres types de récepteurs, d'une façon moins spécifique : ceci explique que certains aient une activité bronchodilatatrice. Au niveau du système nerveux central, ils interagissent probablement sur la médiation GABAergique, semblables en cela aux anxiolytiques, sur la médiation noradrénergique et sur les récepteurs aux opiacés.

Les cannabinoïdes sont des composés chimiques lipophiles, c'est-à-dire ayant un fort tropisme pour les tissus lipidiques (graisse, tissu nerveux). Leur rémanence dans les tissus est importante : la demi-vie d'élimination du THC (temps au bout duquel la moitié de la dose ayant pénétré dans l'organisme est éliminée) est de plus d'une semaine. Concrètement, cela signifie qu'un usage que les adolescents qualifient volontiers de récréatif (par exemple tous les week-ends) s'avère néanmoins susceptible de donner lieu à accumulation du produit.

### Quels sont les effets recherchés par les usagers ?

Pour discutables que soient toujours les conclusions des analyses statistiques en matière de toxicomanies, on peut estimer que l'utilisateur type de cannabis est, en France, un garçon célibataire de 25 à 34 ans, issu d'un milieu de cadre ou d'inactifs (chômeurs, retraités). Son premier

Cannabis -> herbe ou marijuana  
haschisch ou « shit »  
« huile »  
chanvre indien (variété  
de cannabis sativa)

====> cigarette artisanale  
joint, pétard (tarpé),  
cône

contact avec le haschisch a eu lieu dans sa seizième année, lors d'une soirée chez des amis ou sur son lieu de scolarisation. Une polytoxicomanie demeure relativement rare, si l'on excepte l'usage associé de psychotropes légaux (tabac, alcool).

La dose inhalée varie selon la technicité du consommateur. Elle oscille entre 2 et 15 mg, mais la distribution de préparations réalisées avec des plantes plus riches en THC tend à faire augmenter fortement cette moyenne (ce qui peut d'ailleurs expliquer de façon plausible l'observation toujours plus fréquente dans certaines régions de manifestations psychiques importantes).

**Les drogues fumées après combustion :**

- l'opium, alcaloïde issu du pavot,
- le tabac,
- le cannabis,
- les plantes hallucinogènes,
- l'héroïne (rarement),
- la cocaïne (de plus en plus fréquemment).

L'activité légèrement inébriante du cannabis ainsi que son action anxiolytique expliquent que beaucoup de jeunes usagers soient séduits de façon plus ou moins consciente par ce produit, d'autant plus qu'il paraît d'utilisation facile, analogue à celle de la cigarette que l'immense majorité d'entre eux fume déjà par ailleurs.

**Quelles sont les conséquences médicales de son activité ?**

Il convient de distinguer entre conséquences à court terme et à long terme ainsi qu'entre manifestations somatiques et manifestations psychiques.

**À court terme**

L'usage de cannabis ne fait courir aucun risque somatique à court terme, exception faite cependant pour les individus sensibles aux allergènes

contenus dans les préparations de cannabis (moisissures du haschisch notamment) et qui peuvent déclencher une crise d'asthme parfois grave (même si, en soi, le cannabis est plutôt bronchodilatateur).

Au plan psychique, l'euphorie ressentie, allant, en fonction de la quantité de THC inhalée, d'une simple loquacité accompagnée de rires inadaptés jusqu'à une légère dépersonnalisation avec parfois modifications cinesthésiques, constitue l'«ivresse cannabique». Elle est réversible en quelques heures, souvent après une phase de sommeil, mais peut, comme l'ivresse alcoolique, être cause d'accidents de la circulation - des mesures devraient à terme être prises de façon à autoriser des contrôles visant à prévenir ce risque. Des accidents aigus ont pu toutefois être décrits chez des sujets ayant des antécédents psychiatriques, ayant consommé une quantité importante de drogue ou ayant mélangé divers produits (alcool, médicaments ou/et psychotropes type ecstasy et cannabis). Ils se caractérisent par une désorientation temporelle, des troubles mnésiques majeurs, des altérations sensorielles, des troubles de l'équilibre, des troubles thymiques et dissociatifs avec, rarement, agressivité, dépersonnalisation, voire exceptionnellement hallucinations et délires. La décompensation psychotique, souvent à thème de persécution, comme l'attaque de panique, s'observe chez des individus psychologiquement fragilisés. Elle régresse spontanément.

**À long terme**

Des manifestations somatiques peuvent survenir. Elles ont une intensité variable selon la fréquence de la consommation : altérations fonctionnelles respiratoires, probable diminution de la capacité oxyphorique de l'hémoglobine, altérations de la fonction immunitaire notamment. Un accroissement du risque de cancérogénèse sous cannabis demeure extrêmement discuté.

Ce sont essentiellement les signes psychiques, décrits dès le 19<sup>e</sup> siècle,

qui dominant le tableau. Un syndrome qualifié par certains spécialistes d'«amotivationnel» a été décrit. Il associe une diminution des capacités de mémorisation à court terme, expliquant un désintérêt du jeune consommateur pour ses études, un repliement progressif sur lui-même et un rapprochement d'amis également consommateurs de cannabis, voire d'autres substances psychotropes. L'ensemble concourt, bien sûr, à auto-entretenir le phénomène.

Des liens entre schizophrénie et consommation de cannabis sont évoqués depuis longtemps déjà. Au travers de travaux nombreux et souvent discordants, on peut considérer que les effets déstructurants de fortes doses de cannabis, utilisées sur une période prolongée, sont susceptibles de favoriser des perturbations psychopathologiques inaugurant une véritable schizophrénie chez des sujets présentant des failles psychotiques préalables ou des psychotiques tentés de compenser leur angoisse par une automédication. Il n'y a aucune raison d'individualiser, de ce fait, une «psychose cannabique». Ces manifestations extrêmes correspondent à un état confusionnel aigu ou subaigu comme il en survient, sur des terrains prédisposés, avec de nombreux autres psychotropes.

Le consommateur de cannabis n'augmente que peu les quantités inhalées avec le temps, car la proportion de métabolite actif s'accroît avec la fréquence de l'usage de cannabis qui est un puissant inducteur enzymatique au niveau du foie. L'existence d'une dépendance au cannabis demeure objet de controverse. Il est raisonnable d'estimer qu'il existe bien des possibilités de dépendance psychique à l'égard de ce tranquillisant - une analogie pourrait être risquée avec les benzodiazépines - dont l'incidence varie largement selon la personnalité du sujet. L'existence d'une dépendance physique est beaucoup plus douteuse. Reste enfin un mythe tenace qui voudrait que l'usage de cannabis soit à l'origine d'une «escalade» vers l'usage d'opiacés ou de cocaïne.

## L'essentiel

- En France, un adolescent sur deux a fumé du cannabis.
- Seulement 4 à 6 % des consommateurs de cannabis passeront aux opiacés et à la cocaïne.
- La majorité des usagers d'opiacés et de cocaïne ont commencé leur pratique par le cannabis.

Il n'en est rien : 4 à 6 % seulement des consommateurs utiliseront finalement des produits donnant lieu à des problèmes somatiques et psychiques majeurs et le cannabis n'aura alors constitué qu'une étape conjoncturelle dans leur trajectoire. En revanche, l'immense majorité des usagers d'opiacés ou de cocaïne ont amorcé leur rapport aux drogues illicites par le cannabis.

La toxicité somatique faible du cannabis et les controverses quant à l'importance du retentissement psychique d'un usage chronique entretiennent une polémique vivace où ne saurait être négligé ce que certains auteurs qualifient de «toxicité économique». La prohibition entretient, qu'on le veuille ou non, un trafic clandestin hautement lucratif - exactement comme la prohibition de l'alcool aux États-Unis dans les années 30 - à l'origine d'une délinquance

non négligeable contribuant parfois largement à l'économie domestique de certains quartiers défavorisés de nos grandes villes. Les propriétés thérapeutiques du cannabis, pour intéressantes qu'elles puissent être, ne justifient pas au regard de l'industrie pharmaceutique la mise en place de vastes programmes de recherche. Néanmoins, une indication spécifique, l'anorexie du sidéen, a justifié il y a quelques années l'autorisation de mise sur le marché d'un cannabinoïde de synthèse aux États-Unis. □

*Denis Richard est praticien hospitalier, chef de service, Centre hospitalier Henri Laborit, Poitiers, Gilbert Fournier est professeur des Universités, Faculté de Pharmacie, Paris XI.*

## Références

- L. Grinspoon, J. Bakalar, *Cannabis : la médecine interdite*, Editions du Léopard, 1995.  
J. Herer, *L'Empereur est nu : une histoire du cannabis et de sa prohibition*, Editions du Léopard, 1993.  
Michka, *Le Cannabis est-il une drogue ?*, Editions Georg, Genève, 1993.  
G. Nahas, *Il n'y a pas de drogue douce : histoire du hasch*, Editions Buchet-Chastel, 1992.  
D. Richard, *Les Drogues*, Flammarion, coll. «Dominos», 1995.  
D. Richard, J.-L. Senon, *Le Cannabis*, PUF, coll. «Que sais-je ?», 1996.

## LE CRACK

*Éric Mangon et Aimé Charles-Nicolas*

Le crack est une forme fumable de cocaïne qui a fait son apparition il y a une vingtaine d'années aux États-Unis : cocaïne-base (alcaloïde libéré de son sel) qui, sous l'effet de la chaleur, se sublime. Ce produit est le plus souvent fumé soit mélangé à du tabac ou à de la marijuana («black»), soit à l'état pur dans une pipe de verre dont on chauffe le fourneau, soit dans des ustensiles plus artisanaux. Les usagers peuvent aussi le diluer à l'aide de citron pour se l'injecter.

Lors de l'inhalation du crack, la cocaïne arrive aux poumons, passe dans la circulation artérielle et atteint rapidement le cerveau. Les concentrations plasmatiques sont immédiatement très élevées ; les effets sur le cerveau apparaissent en quelques secondes et sont d'une violence extrême (bombe, flash) mais d'une durée brève (5 à 10 minutes). Cette voie d'administration favorise donc un apport très rapide au cerveau d'une forme extrêmement pure de cocaïne,

ce qui entraîne des propriétés addictives importantes du produit. En France, la consommation de crack reste modérée et centrée surtout en région parisienne. Elle semble connaître une extension rapide dans les communautés africaines, antillaises et dans les milieux sociaux défavorisés. La voie intraveineuse est souvent utilisée chez des sujets qui ont présenté une période d'héroïnomanie intraveineuse. Mais dans ce contexte social, elle est également le fait de primo-utilisation du crack. Des usagers engagés dans des programmes de substitution consomment pour un pourcentage variable d'entre eux (10 à 50 %) du crack fumé ou en IV, ce qui ne va pas sans poser ponctuellement le problème de l'objectif du traitement.

Dans la Caraïbe, le crack est maintenant bien ancré dans certains milieux. Du fait des particularités psychosociales, l'inhalation des vapeurs de crack reste la voie d'administration exclusive.

Jusqu'à aujourd'hui, on n'a pas mis en évidence de dépendance physique mais une astreignante dépendance psychique. Face aux envies obsédantes impérieuses de crack (*craving*), le sujet acquiert une motivation incroyable tant pour se procurer le produit que pour le consommer. On assiste à des périodes de consommation répétées et compulsives quasi ininterrompues (blings) déclenchées par des circonstances associées à la prise du toxique : personnes, lieux, état émotionnel, objets ou odeurs.

Les effets de la prise de crack semblent influencés par le contexte envi-

### EFFETS A COURT TERME DE LA PRISE DE CRACK

- Une élévation de l'humeur : euphorie, bien-être, sentiment de puissance, confiance en soi.
- Une stimulation de la vigilance.
- Une diminution des inhibitions sociales.
- Une perception plus intense de l'environnement.

ronnemental et certains patients nous décrivent un climat d'angoisse envahissant autour de leur prise.

Quelques minutes après la consommation, la descente devient inévitable avec une anxiété, une irritabilité, une apathie, une agressivité. Pour contrôler un tant soit peu cette période, les usagers ont souvent recours à d'autres produits tel l'alcool, la marijuana ou l'héroïne. Ils calment le vécu pénible et permettent de limiter un cycle de consommation de plus en plus rapide et compulsif.

Lors d'administrations prolongées, deux complications psychiatriques sont prépondérantes :

- d'une part, le comportement d'exploration stéréotypée : le sujet cherche désespérément et de manière compulsive un morceau de crack qu'il aurait égaré lors de sa consommation ;
- d'autre part, des troubles psychotiques :
  - idées délirantes avec thème de persécution et mécanisme interprétatif se rapportant souvent à l'usage de drogue,
  - hallucinations visuelles, auditives et surtout tactiles (impression de vermine ou de fourmis grouillant sous la peau à l'origine de lésions de grattage).

### Observation clinique

*« Mon parcours dans la drogue a débuté par idéologie ; à 17 ans, je me suis dirigé dans la mouvance rasta qui était très prégnante en Martinique. Le retour aux sources, la quête identitaire étaient des notions importantes pour moi à cette époque face à une société qui s'occidentalisait trop rapidement ; nous perdions tous nos repères et nos traditions. La marijuana m'a apporté un équilibre intérieur, me permettant de m'évader mais aussi de penser positif et constructif. Dans les années 88, tout a basculé ; l'offre importante sur le marché du crack a détourné notre consommation progressivement. Nous avons écarté nos idéologies initiales pour nous engouffrer*

*dans le crack. Avec ce produit-là, tout est différent. Dès la première bouffée tu es dedans, prisonnier du plaisir immesurable qu'il te donne. Et alors tout s'éloigne progressivement de toi, la réalité de la vie quotidienne, ta famille, ton travail ; tout succombe à une envie irrésistible de crack et tu trouves au fond de toi-même une motivation, une ingéniosité incroyable pour trouver le produit et déjouer tous les pièges. Ma passion, la musique, accompagnait ma consommation au départ ; quand je composais sous l'effet du produit, chaque note que j'écrivais, je l'entendais à mes oreilles miraculeusement, merveilleusement. Cette impression était sublime ; je n'ai jamais composé aussi bien et aussi vite. Mais, au fil des mois, l'habitude est restée et le plaisir intense est parti. Je n'étais plus moi ; mes idéologies premières étaient bien loin, seul m'intéressait le produit : le caillou. Je passais mes nuits dans la mangrove, ce ghetto, lieu privilégié de « deal » et de consommation. À cause de mes absences trop nombreuses, mon patron m'avait licencié et les « jobs » itératifs n'étaient que les moyens de me prêter à ma nouvelle passion. Je devenais un autre homme, violent, sans égard envers ma propre mère que je volais sans scrupule. Les complications tant physiques que psychiques s'accroissaient. Un jour, j'ai trouvé un morceau infime de crack dans le livre que j'étais en train de parcourir et alors, irrésistiblement, je me suis mis à éplucher toute ma bibliothèque attentivement, scrupuleusement ; je ne pouvais résister à cette recherche bien que j'étais conscient de son inutilité.*

Pour ce sujet, nous voyons « que l'herbe a fait le lit du crack ». Celui-ci a été à l'origine, au fil de mois, d'une dégradation sociale et psychologique marquée. Ces répercussions néfastes sont courantes aux Antilles et entraînent l'effroi de la société. Mais il existe aussi des consommateurs de crack socialement bien insé-

rés qui sniffaient auparavant de la cocaïne : drogue chic, drogue de managers, comme ailleurs dans les grandes villes américaines et européennes.

### Crack et exclusion

L'actualité du crack, hormis les aspects neurobiologiques et comportementaux qui concernent la cocaïne en général, est constituée par sa dimension sociologique. Il existe des relations curieusement étroites entre crack et exclusion sociale.

La plupart des études épidémiologiques américaines signalent l'usage de crack comme un problème sérieux parmi les SDF, notamment des minorités ethniques (Susser, Struening, Conever, 1989 ; Milburn, Booth, 1992 ; Conrad, Hultman, Lyons, 1993).

En France, les observations de Perlette Petit, Malika Tagounit, Rodolphe Ingold, Jean-François Solal, Anne Copel, Mohamed Toussirt, Laurent Gourarier mettent toutes en évidence l'importance de cette exclusion sociale dans la clientèle de leurs centres. Il s'agit de personnes immigrées : sénégalais, maliens, antillais, déracinés, inadaptés, dont l'état de santé est mauvais ou désastreux. Souvent, ils s'injectent le crack après l'avoir dissout avec du jus de citron. Ils viennent épuisés, se reposer, manger un sandwich. On leur offre une douche et on facilite leur accès aux soins. Ces sujets ne se reconnaissent guère dans le vocable toxicomane à connotation d'héroïne. Cependant, l'héroïne peut venir en appoint comme un « médicament » dans la descente. Les maladies sexuellement transmissibles sont fréquentes, ainsi que la tuberculose, les infections dermatologiques, les pathologies du pied car ces sujets marchent pendant des jours et des nuits. *L'usage du crack est-il une cause importante d'exclusion sociale ? Est-il une conséquence de l'exclusion sociale ou est-il le résultat des causes qui conduisent à l'exclusion sociale ?*

Avant de formuler une réponse, il convient d'examiner les arguments qui étayent chacune de ces possibilités.

En dépit de son apparence anodine (fumer une cigarette = fumer de l'herbe = fumer du crack), l'avènement du crack sur la scène drogue de l'hémisphère américain, y compris la Caraïbe, représente un saut qualitatif considérable. Depuis 1990, 70 à 80 % de toutes les hospitalisations de toxicomanes dans les centres spécialisés de Philadelphie, par exemple, sont dues au crack. Ceux dont la drogue de début est le crack sont pour plus de 80 % noirs (Bencivengo et Cutler, 1993). La prévalence du crack dans cette population est anormalement élevée comme l'ont montré de nombreuses études épidémiologiques.

Il serait alors aisé de poser l'hypothèse que le crack est la cause de désocialisation mais l'expérience montre, notamment aux Antilles, que la majorité des toxicomanes au crack n'est pas désocialisée.

D'un autre point de vue, il est bien évident que chez ces consommateurs de crack désocialisés, les racines de la désocialisation étaient souvent présentes avant l'usage de crack : immigration, rupture familiale précoce, pauvreté, sévices corporels, sévices sexuels, toxicomanie des parents, pathologie mentale, marginalisation sociale, discrimination institutionnalisée, suppression d'emploi, absence de politique locale sanitaire, instabilité du domicile familial. En dépit des travaux sophistiqués d'épidémiologie (Lehman et Cordray, 1993 ; Fischer et Breakey, 1991), il n'est pas possible de définir le degré d'exclusion sociale qui conduirait à l'usage de drogues. Toutefois, Kanguel et Burnam (1987) ont mis

en évidence une importante minorité de sujets qui n'avait commencé à abuser des drogues qu'après une période de désinsertion.

Alors que la cocaïne a la réputation d'une drogue d'intégration au monde moderne et d'adaptation au rythme des grandes métropoles, cette forme de cocaïne qu'est le crack apparaît paradoxalement comme un facteur de désintégration redoutable dans les communautés noires américaines. Dans une étude sur les usagers de crack SDF de Los Angeles, Boyle et Anglin (1993) ont découvert que l'élément le plus significatif de cette configuration est le pouvoir destructeur considérable du crack sur la vie sociale et psychologique des usagers. On voit ainsi que la combinaison : migration, antécédents toxicomaniaques familiaux, absence de réseaux de solidarité, antécédents personnels et contexte socio-culturel rencontrant le pouvoir toxicomane du crack, peut conduire à la fois à la toxicomanie et à la désocialisation.

Il semble bien, sur le plan phénoménologique, que les effets psychopharmacologiques stimulants et euphorisants du crack permettent à ces sujets de transcender leur situation et de s'évader de leur existence quotidienne indigente.

### Crack et méthadone

De nombreux programmes méthadone américains sont obérés par une consommation de cocaïne intercurrente. Il s'agit généralement de crack. Ces programmes étant justement destinés à éviter la délinquance et la transmission des maladies infectieuses, la présence de cette consommation de crack liée à la désocialisation fait courir un risque important

### L'essentiel

- La consommation de crack reste modérée en France, centrée surtout en région parisienne.
- Elle concerne surtout les communautés africaines, antillaises et les milieux sociaux défavorisés.
- Elle entraîne une grande et astreignante dépendance psychique.
- Il existe des relations étroites entre crack et exclusion sociale.

au succès du programme méthadone. Au-delà de la nature du produit, on rencontre une population en grande détresse médico-psycho-sociale qui nécessite une prise en charge et une mise à disposition de lieux d'accueil à bas seuil. On retrouve dans les programmes français une problématique proche qui incite les équipes à exercer une surveillance des urines. Elle les oblige également à investir encore davantage l'accompagnement psycho-social des usagers sous substitution. Les femmes prostituées ou non, souvent très fatiguées et désocialisées, peuvent également consommer des opiacés et du crack. La mise sous méthadone doit tenir compte d'éventuelles grossesses. Si la méthadone favorise un meilleur contrôle de la grossesse, le crack entraîne de brusques ruptures de la chaîne de soins et de la vigilance de l'autoprévention (MST dont VIH et virus de l'hépatite). Ainsi donc la consommation de crack au cours des traitements de substitution n'est pas uniquement une question de discipline et d'observance. □

*Éric Mangon est interne en psychiatrie, Aimé Charles-Nicolas est professeur en psychiatrie, CHU de Fort-de-France.*

Liste des annonceurs dont la publicité paraît dans ce numéro :

Masson : p. 39 et 44, Perse : p. 2 de couv., Soins : p. 43 de couv.

