

## LES HAUTS ET BAS DE LA COCAÏNE

**Jamais aucun produit n'a été autant loué et honni que la cocaïne.**

C'est un produit réputé tant pour son action euphorisante, sa capacité à faciliter les contacts sociaux, son action anesthésique locale, que pour sa toxicité cardiaque<sup>1</sup> et la dépendance qu'elle entraîne chez le consommateur avec ses répercussions sociales et psychiques.

A l'image des *high* et des *down* provoqués par le produit, l'appréciation des autorités politiques, littéraires, sanitaires s'est profondément modifiée avant de s'accorder sur le caractère addictif et dangereux de cette substance.

C'est ainsi que la cocaïne qui était un produit miracle dans la deuxième partie du XIX<sup>e</sup> siècle qui était alors une marchandise exploitable est devenue un poison dans les premières années du XX<sup>e</sup> siècle.

Freud décrit sa propre consommation de cocaïne notamment pour combattre ses céphalées et sa neurasthénie. Il en conseille l'utilisation en particulier pour traiter la dépendance aux opiacés. En 1884 il publie *Über Coca*. Il proscrie toutefois son usage en 1895 suite à la déchéance de son ami physiologiste Ernst Fleish-Marxow.

Le pouvoir anesthésique local de la cocaïne avait été identifié par le chimiste allemand Albert Nieman, qui en avait déterminé la formule en 1859. Il avait constaté que lorsqu'on mettait de la poudre sur la langue on notait un engourdissement de cette dernière. Ce pouvoir anesthésique local a ensuite été utilisé en ophtalmologie.

En 1871 le marché est dominé par un vin de Bordeaux dans lequel des feuilles de coca ont macéré. C'est le célèbre vin Mariani, du nom de son inventeur, un pharmacien corse dont l'officine se trouvait boulevard Haussmann à Paris. De nombreuses personnalités en ont acheté et en ont fait l'éloge : Jules Verne, Emile Zola, la reine Victoria, le scientifique américain Thomas Edison et le pape Léon XIII. La vente de ce vin fut interdite au début de la première guerre mondiale. De même en 1906, la cocaïne du coca-cola, boisson inventée en 1886 pour le marché américain par le pharmacien d'Atlanta John Stith Pemberton, a été presque totalement remplacée par de la caféine puis retirée en 1906.

Par la suite, en raison de l'augmentation de sa consommation, de sa percée dans des milieux de la jeunesse et de la prostitution entre autres, la cocaïne est peu à peu perçue autrement. En 1912 suite à l'exportation de cocaïne par une firme allemande des patriotes accusent les allemands de vouloir affaiblir les forces françaises.

De même aux Etats-Unis des propriétaires du sud ainsi que certains journalistes affirment que la cocaïne favorise la révolte des noirs. La peur engendrée par l'augmentation de la consommation de ce stimulant alimente un certain racisme latent.

A partir de 1910 l'opinion américaine se retourne contre la coca et la cocaïne et des campagnes sont menées pour interdire ces deux produits. La production chute alors progressivement.

En 1914 la loi Harrison aux Etats Unis réglemente l'usage des narcotiques, dont la cocaïne, et établit un registre pour les prescriptions médicales et pharmaceutiques. La loi de 1916, adoptée en France en pleine guerre mondiale et votée par le parlement à l'unanimité réprime l'usage en société, le commerce et la détention frauduleuse de produits stupéfiants (et plus spécifiquement opium / morphine / cocaïne et hashish) réservant

---

<sup>1</sup> En raison notamment de la stimulation du système sympathique qu'elle induit Le premier cas d'infarctus du myocarde à la prise de cocaïne a été décrit en 1982 par Coleman et al.

leur usage à une médecine sous haute surveillance. En Belgique la première loi qui réprime l'usage de cocaïne date de 1921. Dans la poursuite de cette dynamique en 1961 la convention unique sur les stupéfiants est convoquée par l'ONU à New York et entre en vigueur en 1964. Elle inscrit la feuille de coca et la cocaïne dans le tableau 1 des stupéfiants, c'est-à-dire le tableau comprenant les substances provoquant une forte dépendance ou celles qui peuvent être converties en drogue.

## Un arbrisseau de bois rouge

La cocaïne représente seulement 0,5 à 3 % des 14 alcaloïdes issus de la feuille de coca. Celle-ci provient d'un arbrisseau l'*Erythroxylon* qui peut donner 3 à 4 récoltes par an. En 1750 le botaniste Joseph de Jussieu ramène d'une expédition au Pérou les premiers plants de coca en Europe. C'est le botaniste Jean Baptiste de Lamarck en 1786 qui donne ce nom à l'arbuste à cause de la couleur rouge brun de son bois. Le terme khoka – qui signifie l'arbre par excellence – vient du peuple aymara qui vivait sur les rives du lac Titicaca bien avant la civilisation inca. Les incas se sont peu à peu approprié cette plante, qui était pour eux non seulement une plante médicinale et stimulante mais aussi une plante magique à l'origine de nombreuses légendes, de rites et de mythes.

Le mâchonnement de la feuille de coca – qui contient des sels minéraux et des vitamines notamment - est très ancien dans les populations des Andes et permettait aux habitants de supporter l'altitude, la faim, le travail harassant dans les mines ainsi que les maladies apportées d'Europe.

De nos jours, trois pays sont producteurs : le Pérou et la Bolivie où les populations autochtones continuent à consommer la feuille en infusion ou en la mâchonnant et surtout la Colombie qui est le premier producteur mondial. Dans ce dernier pays il n'y a pratiquement pas de consommation traditionnelle de la feuille de coca. On y cultive la feuille de coca. On la transforme en cocaïne dans des laboratoires plus ou moins artisanaux. On y organise également son trafic, facilité par la double façade maritime du pays. A cet égard la politique américaine d'éradication des cultures de cocaïer, à l'aide d'épandage d'herbicide s'est révélé un échec. La surface des champs de cocaïers ne semble pas avoir été significativement réduite. Elle a par ailleurs eu pour conséquence, entre autres, de repousser le trafic vers le Venezuela et le Brésil et d'ancrer encore un peu plus le trafic dans la violence. Le Mexique reste lui le principal pays de transit de la cocaïne des pays producteurs vers les Etats-Unis. Toutefois de nouvelles filières se créent avec d'autres pays tels le Brésil bien sûr et aussi les pays d'Afrique de l'ouest pour l'exportation avec l'Europe. Enfin de nombreuses organisations criminelles et paramilitaires dans le monde (grand banditisme, mafia, guérilla, cartel ...) continuent à avoir recours au négoce de cocaïne et à réaliser des opérations financières destinées à soutenir le trafic et à en blanchir l'argent.

## Bien-être et anxiété

La prise de cocaïne provoque d'abord un état euphorisant avec une absence de fatigue et de sensation de faim, une logorrhée, une sensation de bien être, un sentiment d'invincibilité, une confiance en soi, un sentiment d'accomplissement et de dépassement de soi-même. De façon concomitante on observe une augmentation de la température, de la pression artérielle et de la glycémie, une tachycardie et une vasoconstriction des capillaires. Ensuite apparaît une deuxième phase caractérisée par de la fatigue, de l'abattement un vécu anxieux parfois avec une possible idéation suicidaire. Certains calment ce vécu, nommé descente par les consommateurs, par la prise de produits ayant des propriétés sédatives, tels l'héroïne, l'alcool, ou des médicaments...

Toutes les voies d'administration peuvent être utilisées, mais la cocaïne est le plus souvent aspirée par le nez (on dit sniffée et plus familièrement « se faire un rail ou une ligne »). De façon métaphorique, certains consommateurs se plaisent à dire « qu'entre le nez et le neurone il n'y a qu'une ligne ».

Certaines personnes se l'injectent par voie intraveineuse. Enfin elle peut être fumée sous forme solidifiée après adjonction d'une base à la poudre hydrosoluble de chlorhydrate de cocaïne : on obtient ainsi le

crack<sup>2</sup> (vendu sous forme de caillou ou de galette) ou la free base (cocaïne transformée par les usagers eux-mêmes, ce qui nécessite la manipulation d'éther, souvent périlleuse en raison des risques d'explosions ou de brûlures).

Le crack est apparu aux Etats-Unis en 1980, à Paris en 1989. Les effets sont équivalents à une injection intra artérielle. Le pic survient très rapidement mais est très bref. En Europe, les consommateurs de crack habitent le plus souvent dans les grandes villes, sont sans emploi et vivent dans des conditions précaires.

En France la consommation de crack reste un phénomène marginal qui se rencontre principalement dans le nord de Paris, la Seine Saint Denis et les Antilles Guyane.

Enfin, outre les modes de prise variés du produit, on note une fréquence de consommation extrêmement variable suivant les populations. Cela peut osciller entre une prise récréative occasionnelle et espacée dans le temps à une prise compulsive invalidante. Certains usagers pour maintenir le *high* et éviter de « s'effondrer » répètent leurs prises de façon extrêmement rapprochée. Du fait de leur sensation de « toute puissance » ils prennent des risques notamment dans le partage entre consommateurs du matériel d'injection ou de sniff avec les conséquences possibles de contaminations virales.

Les effets immédiats de la cocaïne sont apparentés à ceux des amphétamines. On peut observer des psychoses avec hallucinations. A plus long terme, après une consommation plus régulière, on peut noter l'apparition de comportements de méfiance, de suspicion pouvant aboutir à des idées délirantes, paranoïaques avec une forte tonalité anxieuse.

Sur le plan physique la toxicité de la cocaïne n'est pas dose dépendante. Une prise unique peut provoquer un trouble majeur comme un infarctus du myocarde. La consommation de cocaïne peut entraîner des complications cardiovasculaires aiguës ou chroniques,, neurologiques, ORL,.....

Les effets secondaires sont plus fréquents lorsqu'une dépendance au tabac et ou à l'alcool est associée. En outre, la cocaïne traverse la barrière placentaire et l'effet vasoconstricteur du produit a pour conséquence une irrigation insuffisante de l'embryon ou du fœtus.

Signalons enfin qu'il n'existe pas d'antidote connue contre une overdose de cocaïne.

## **12 Millions d'européens ont déjà expérimenté la cocaïne**

Après le cannabis, la cocaïne est la drogue qui fait l'objet d'un trafic mondial le plus intense.

En Europe les saisies de cocaïne ont atteint le niveau record de 107 tonnes en 2005 soit une augmentation de plus de 45% par rapport aux quantités saisies en 2004 (OEDT 2007)

La péninsule ibérique reste la principale voie d'entrée du produit en Europe.

Il s'agit de la deuxième drogue illicite, la plus consommée en Europe après le cannabis. Sa consommation a triplé ces 10 dernières années dans le vieux continent. La consommation est deux fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. En 2007, douze millions d'européens soit 4% des adultes, ont déjà expérimenté la cocaïne. Plus précisément en Europe on estime à 7,5 millions de personnes, soit une moyenne de 5,4 %, le nombre de jeunes adultes de 15 à 34 ans ayant pris de la cocaïne au cours de leur vie. Le taux d'expérimentation varie d'un pays à l'autre. Dans l'ensemble, les estimations de prévalence au cours de leur vie pour les jeunes adultes de l'Union Européenne sont plus faibles qu'en Australie et qu'en Amérique du nord. Seul le Royaume-Uni annonce une prévalence au cours de la vie analogue à celle des Etats-Unis.

En France, selon l'enquête ESCAPAD<sup>3</sup> de 2005 : le pourcentage d'adolescents de 17 ans ayant expérimenté la cocaïne a presque triplé entre 2000 et 2005.

---

<sup>2</sup> Ce nom vient du bruit fait par les cristaux lorsque le consommateur les chauffe. '

<sup>3</sup> ESCAPAD : cette enquête a été mise en place par l'OFDT en partenariat avec la DSN (Direction du Service National). C'est un auto-questionnaire dont la passation dure 25 minutes et qui est rempli de façon anonyme. Elle est proposée à tous les jeunes lors de la journée d'appel et de préparation à la défense JAPD. Les jeunes sont interrogés entre autres sur leur consommation de produits psychoactifs et sur l'âge d'expérimentation de ces produits. sont interrogés entre autres sur leur consommation de produits psychoactifs et sur l'âge d'expérimentation de ces produits.

Par ailleurs, désormais la cocaïne touche tous les milieux sociaux et les populations concernées sont très hétérogènes. De fait il n'y a pas un profil type de consommateur de cocaïne. Elle est recherchée aussi bien par les « accros » du travail et de la performance, en raison surtout de l'absence de ressenti de fatigue qu'elle procure, dans le monde de la « Jet Set », de la politique, des médias de la finance ou dans l'espace festif, que dans le monde de la rue, des foyers d'urgence ou aux abords des structures de soins pour toxicomanes. Pour préparer leur ligne et la renifler certains utilisent des miroirs argentés et des pailles dorées d'autres se contentent d'une télécarte et d'un billet de banque roulé et souillé. Certains se la font livrer à domicile, d'autres errent pour se la procurer dans des quartiers où la police n'ose plus entrer.

Quelles que soient les approches pour appréhender la consommation de ce psychoanaleptique, tous les professionnels de l'addiction, comme les anciens consommateurs, s'accordent à reconnaître que le produit peut être responsable d'une terrible dépendance psychique face à laquelle nombre de patients rencontrent d'immenses difficultés pour retrouver leur autonomie. Certains consommateurs articulent leur vie en deux temps : un début de semaine sans produit, monocorde, atone avec de possibles accès d'attaques de panique, et une fin de semaine avec produit, exaltante, avec des sensations de plénitude. Les spécificités de cette drogue permettent une telle rythmicité d'utilisation. En effet son sevrage brutal n'entraîne pas de conséquence physique. Il peut provoquer en revanche une anhédonie, une dépression accompagnée parfois d'idées suicidaires. Cette bipolarisation peut durer quelques mois, accompagnée déjà souvent de problèmes financiers. Les répercussions psychiques avec troubles du caractère, confusion dans les éprouvés psychiques, irritabilité, inflexion dépressive, voire les répercussions physiques avec amaigrissement, troubles du sommeil font qu'un tel rythme de vie ne peut perdurer.

L'équilibre est instable. Si certains basculent alors vers une plus grande dépendance et de ce fait vers encore plus d'inconnu, d'autres, au contraire, tentent de s'en libérer, de réorganiser leur quotidien autrement en diversifiant leurs sources de satisfactions.. Certains consommateurs arrivent alors à s'arrêter spontanément, d'autres viennent demander de l'aide. Ceux qui tentent de s'abstenir de la prise de cocaïne et de se protéger des rechutes en retrouvant confiance en eux-mêmes sont en recherche d'un meilleur bien-être, et aussi d'un « meilleur soi-même » ce qui paradoxalement était déjà leur principale motivation à leur entrée dans la consommation du produit.

### **Des demandes de prise en charge multiples et variées**

Les demandes d'accès aux soins pour une dépendance à la cocaïne sont en continuelle augmentation. En Europe en 2006 la cocaïne était citée par 16% des patients comme premier produit pour débiter un traitement pour la dépendance à un produit illégal et dans 18% des cas comme second produit. La nature des attentes et des demandes est variable lors du premier entretien avec le patient

Contrairement à la dépendance aux opiacés et à la nicotine il n'existe pas pour la cocaïne de traitement médicamenteux de substitution validé par les autorités de santé européennes et américaines. Il n'existe pas non plus de thérapie encore reconnue en terme de maintien de l'abstinence.. Les progrès en neuroimagerie et en neurobiologie ont permis d'établir quelques passerelles entre la recherche fondamentale, la neurobiologie et la pharmacoclinique. Ainsi certaines molécules déjà disponibles sont testées pour des patients présentant une dépendance à la cocaïne. La finalité de ces traitements est multiple : réduire la consommation, limiter les symptômes psychiques de l'arrêt, maintenir l'abstinence... Par ailleurs outre-Atlantique et en Espagne un vaccin anticocaïne est en cours d'étude., .Ce vaccin aurait un triple objectif : diminuer les épisodes de récurrence, traiter les overdoses, et même « protéger » les patients à risque non encore dépendants.

Certains consommateurs ont une demande exclusivement pharmacologique, d'autres sociale. D'autres encore recherchent une approche psychothérapeutique qui peut bien sûr se décliner sous des formes diverses : une prise en charge d'inspiration psychanalytique, un travail de parole de l'ordre du soutien ou une démarche plus systémique... Une approche cognitivo comportementale peut être aussi proposée et peut permettre au patient de développer des compétences cognitives, d'établir des stratégies pour mieux repérer et éviter ainsi les situations à risque. Aux Etats-Unis des techniques s'appuyant sur le renforcement communautaire (famille,

activités socioprofessionnelles) et sur la diminution de l'effet de récompense provoqué par le produit en délivrant des bons d'échange pendant les périodes d'abstinence, contrôlées par des dosages urinaires, ont fait l'objet d'un consensus.

On peut proposer aussi dans le cadre d'une prise en charge globale d'une dépendance, une prise en charge en communauté thérapeutique pendant 6 à 12 mois pour soutenir notamment le maintien de l'abstinence ainsi que le projet de réinsertion et de resocialisation.

Enfin il existe de groupes d'anciens consommateurs qui peuvent se révéler être une réelle aide pour certains, de part notamment leurs fonctions d'étayage . . .

Bien entendu comme toute demande d'aide en addictologie, les demandes peuvent se modifier au cours du temps et ne s'excluent pas les unes des autres.

De nombreux patients consultent de leur propre initiative, d'autres sont envoyés par les médecins hospitaliers travaillant dans un service d'urgence ou dans un service spécialisé ou bien par la justice. Mais quelles que soient les expériences avec le produit, l'ancienneté et le parcours de la dépendance à ce stimulant, l'installation de la dépendance a eu un retentissement tel que les différents événements de vie vécus à partir de ce moment là dans l'immédiateté n'ont plus pris sens les uns avec les autres. Les éprouvés psychiques n'ont plus été reliés entre eux. Le fil narratif de la vie a été coupé. Les patients évoquent souvent un chaos et une instabilité de leur éprouvé psychique pendant le temps de leur consommation. Il faut alors savoir prendre le temps. Prendre le temps du récit avant et après le produit pour que le patient puisse donner du sens à la démarche de soin qu'il entreprend.

« Sortir » de la cocaïne et maintenir cette abstinence après une période de dépendance nécessite beaucoup de mobilisation psychique et de retour sur soi-même.. Pendant cette période en effet le besoin vital se réduisait principalement à un objet, l'obtention de cocaïne, et les préoccupations existentielles étaient le plus souvent effacées, oubliées et absentes. Faire le deuil d'un produit qui au départ a facilité les rapports sociaux, a donné de la saveur à une vie, nécessite un travail psychique exigeant, décapant et long.

Sans produit retrouver de l'énergie vitale, se confronter à sa fragilité, trouver parfois d'autres « substituts d'expériences vitales fortes », revivre la richesse de la rencontre avec ses surprises et ses inattendus, voilà ce à quoi peuvent et doivent être confrontés ceux qui désirent s'arrêter. Paradoxalement, par l'expérience de la traversée de cette dépendance dont ils se sont libérés ils peuvent dans un second temps retrouver des aspirations enfouies, des potentialités en sommeil. Ceux qui ont tenté l'aventure de l'abstinence s'en disent souvent grandis et regrettent rarement de ne s'être à nouveau confrontés à leurs manques, à leurs attentes et à leurs désirs jamais totalement réduits à un produit.

**Béatrice Badin de Montjoye,  
psychiatre –addictologue ( Paris)**