

Cocaïne et crack

Définition

La **cocaïne**, extraite des feuilles du cocaïer, se présente sous la forme d'une fine poudre blanche inodore. Elle est destinée à être sniffée mais peut également être fumée (sous forme de cailloux) ou injectée par voie intraveineuse. C'est une drogue psychostimulante réputée accélérer de façon factice l'activité du cerveau. Ses propriétés pharmacologiques varient en fonction de la façon de la consommer. Par exemple, le sniff entraîne un effet 10 à 20 minutes après usage, qui se prolonge pendant une demi-heure environ.

Elle est la plupart du temps « coupée » avec d'autres substances plus ou moins toxiques qui accroissent sa dangerosité (médicaments psychotropes, anti-champignons, antalgiques, anesthésiques, etc.).

Son dérivé, le « **crack** » ou « **free base** », obtenu après traitement chimique encore appelé « cocaïne base », se présente sous la forme de petits cailloux mélangés à du bicarbonate ou de l'ammoniaque. Il est inhalé après chauffage du mélange. Ses effets sont plus puissants, plus immédiats et plus intenses que ceux de la cocaïne sous forme de poudre.

Qui est concerné ?

La **cocaïne** est actuellement la seconde substance illicite la plus consommée après le cannabis. Elle représente environ 20 % des prises en charge dans les services spécialisés en addictologie. Longtemps cantonnée aux milieux aisés et « branchés », sa consommation s'est élargie et démocratisée. De nombreux facteurs, comme la saturation du marché Nord américain ; un marché économique européen relativement vierge en cocaïne ; de nouvelles filières d'exportation ; la baisse du prix au gramme (60 euros le gramme en moyenne) et une image moins stigmatisante que les autres drogues, expliquent l'augmentation de l'usage de la cocaïne en France.

La consommation de **crack** (55 euros la galette comprenant un certain nombre de cailloux) est moins répandue que celle de **cocaïne poudre** mais a progressivement diffusé dans différentes couches de la société et de fait, n'est plus seulement un produit consommé par des milieux sociaux défavorisés ou précarisés. La voie inhalée ayant les mêmes effets pharmacologiques que la voie intraveineuse, cette dernière est plutôt rare chez les usagers.

L'âge moyen lors de la première consommation de cocaïne est de 22 ans et celui d'entrée en traitement est de 33 ans. Le ratio hommes/femmes est d'environ 5 pour 1, même si les femmes de moins de 30 ans commencent à beaucoup venir consulter. La tranche d'âge 18-40 ans est très touchée. A l'âge de 17 ans, l'expérimentation (avoir goûté au moins une fois le produit) de cocaïne est passée de 0,9 à 3 % en 2011. La population consommatrice régulière est très hétérogène. Elle comprend des sujets socialement intégrés consommant en situation festive, avec ou sans antécédent d'addiction ; des consommateurs excessifs, des sujets dépendants à la cocaïne et abusant d'autres substances dont l'alcool ; des sujets exclusivement dépendants aux psychostimulants ; des polyconsommateurs (alcool, cannabis, opiacés, amphétamines...). Environ 5 % des consommateurs de cocaïne peuvent devenir dépendants au cours de la première année de consommation et 20 % des consommateurs développeront une dépendance à long terme.

Comme toutes les substances illicites, elle donne lieu à des prises en charge sanitaires et sociales à l'occasion d'interpellations dont la fréquence augmente.

Les effets

- La fréquence de la consommation varie énormément (moins d'une fois par mois, moins d'une fois par semaine, 2 à 4 fois par semaine, tous les jours).

La consommation de cocaïne est à l'origine d'une euphorie (effet recherché par la majorité des consommateurs), d'un accroissement de l'énergie, d'une sensation de « bien-être », d'une excitation à la fois psychique et motrice, d'une désinhibition, d'une réduction de l'appétit et du temps de sommeil, d'une excitation sexuelle (pouvant conduire à des rapports non protégés).

Le manque existe chez les sujets dépendants, consommant régulièrement. Il s'agit de l'exact opposé de ce qui est précédemment décrit, à savoir un tableau clinique d'allure dépressive avec un vécu paranoïaque et une envie « à crever » de cocaïne (craving). D'autres consommations peuvent être retrouvées à cette phase (alcool, cannabis, opiacés, tranquillisants, etc.).

Le craving en cocaïne est puissant et obsédant chez les consommateurs.

Différentes situations peuvent déclencher un craving : la consommation de cocaïne à laquelle s'ajoutent des facteurs environnementaux (lieu, musique, SMS, images, etc.), la cocaïne paraphernalia (matériel utilisé pour consommer de la cocaïne). Le craving entraîne des périodes de consommation compulsive pendant plusieurs jours. Les sujets recherchent de la cocaïne, en consomment malgré la connaissance des conséquences sur le plan sanitaire et judiciaire.

Les dangers, les risques

La **cocaïne** a de nombreuses conséquences sur le plan physique. Elle multiplie par 24 le risque d'infarctus cardiaque dans l'heure qui suit la consommation (c'est imprévisible) et provoque des troubles du rythme cardiaque (du fait de la constriction des vaisseaux sanguins). Le partage de matériel de consommation est à risque de transmission d'infections de type VIH, hépatites B et C (pailles, pipe à crack, seringues). La désinhibition induite par la cocaïne peut être vectrice de relations sexuelles non protégées et donc d'infection sexuellement transmissible (IST). Sniffer de la cocaïne a des conséquences sur la cloison nasale (lésions, perforations, etc.). Elle a des conséquences pulmonaires (saignements, toux chronique, infections) lorsqu'elle est fumée sous forme de crack ou de free base. Sur le plan neurologique, elle peut être responsable d'accidents vasculaires cérébraux, de crises d'épilepsie.

L'usage régulier de **crack** provoque une altération de l'état général (épuiement psychique et physique), des lésions aux mains et aux lèvres liées aux pratiques de consommation. Les consommatrices ont des troubles du cycle menstruel et s'exposent gravement lorsqu'elles sont enceintes à des accidents intra-utérins.

Au niveau psychologique et psychiatrique, la cocaïne peut être à l'origine de dépression, de suicide (première drogue après l'alcool), de crises d'angoisse, d'effet « parano » (surtout après 3 années de consommation), de comportement compulsif de recherche de cailloux de crack, d'épisodes délirants, de troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration, de la prise de décision. Cette drogue stimulante est à l'origine de l'aggravation d'une maladie bipolaire, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychiatrique.

Les décès par arrêt cardiaque et par suicide sont les plus fréquents.

Il existe souvent d'autres addictions associées et la dépendance au tabac concerne 75 % des sujets dépendants à la cocaïne.

Sur le plan social, la cocaïne augmente le nombre d'interpellations par les forces de l'ordre. D'autres consommations comme l'alcool sont souvent associées.

Les signes d'alerte

Chez les consommateurs réguliers, il existe des alternances de périodes d'euphorie (qui s'amenuisent avec le temps), des signes dépressifs, une fatigue, des troubles du sommeil (insomnies) et de l'angoisse. L'hyperactivité et l'absence de fatigue durant les phases de consommation contrastent avec celle du sevrage (manque) où les sujets sont abattus, dorment beaucoup, ont mal un peu partout, ont des nausées, des sueurs, et des comportements changeants.

Ces signes non spécifiques peuvent mettre sur la piste d'une addiction à la **cocaïne**.

Plus gravement et plus tard, les sujets qui sniffent beaucoup peuvent de profil avoir un nez de boxeur en raison d'un affaissement des ailes du nez dû à des lésions de la cloison

nasale. A l'extrême, une perforation du palais, une nécrose de la cloison nasale ou de la face sont possibles.

Il convient de rester attentif face à :

- un désinvestissement scolaire total,
- une désocialisation progressive,
- des nuits passées dehors et des journées consacrées au sommeil,
- une perte d'appétit importante,
- un écoulement nasal permanent,
- des pailles, tickets de métro qui traînent sans raison dans la maison, un morceau de miroir, un tube en verre, voire une seringue,
- une augmentation inexplicable des dépenses,
- la disparition de certains objets.

L'addiction avec ses consommations, le manque, le « craving » sera à l'origine d'une instabilité de la personne, de conflits intrafamiliaux. La maladie addictive mettra parfois des mois à se révéler. Dès lors que les parents seront confrontés à l'addiction de leur enfant et que la drogue fera partie de leur vie, la relation conflictuelle va crescendo. La polyconsommation complique énormément la prise en charge.

A la panique, l'effroi ou la colère, succède en général chez les parents un double sentiment d'impuissance et de culpabilité qu'il est nécessaire de dépasser pour mieux aider leur enfant.

Que faire ?

La réaction rapide de l'entourage dès la prise de conscience de la gravité de la situation est nécessaire pour mettre en place une prise en charge thérapeutique adaptée à la personne addict.

Il est capital de déterminer depuis combien de temps le jeune s'adonne à la consommation de ces substances, sachant que les troubles liés à l'usage de la **cocaïne** varient selon les personnes, la dose, la quantité consommée et la voie d'administration utilisée.

Cette maladie doit être traitée de façon multimodale comme une maladie cardiaque, un diabète ou un cancer. La désintoxication est la première étape pour initier l'abstinence (3 semaines en moyenne). Elle nécessite un traitement médicamenteux (même s'il n'existe pas de traitement de substitution, un suivi psychologique, médical et social. Une fois l'abstinence initiée, la seconde phase du traitement est le maintien d'abstinence ou la prévention de la rechute. Cette longue phase implique un suivi médicamenteux et psychothérapeutique. Le suivi dure au minimum une année pour stabiliser les choses.

Le médecin de famille peut être de bon conseil et orienter vers un dispositif de soins appropriés avec l'aide de structures compétentes. Son rôle dans le suivi du patient addict est capital.

Éviter

- rester passif,
- penser qu'il pourra sortir seul de ce piège,
- culpabiliser ou moraliser n'est d'aucun secours à ce stade,
- lui dire qu'il n'a aucune volonté,
- penser que les parents sont en mesure de tout régler eux-mêmes, sans aide extérieure,
- tout accepter jusqu'à financer son addiction,
- le répudier car l'instabilité de résidence constitue un facteur fragilisant et aggravant.

Préférer

- maintenir coûte que coûte le dialogue,
- lui réaffirmer votre affection, le soutien familial et amical favorise l'initiation d'une prise en charge et le maintien de l'abstinence pendant le suivi,
- l'aider à exprimer ses émotions, ses angoisses, ses difficultés,
- lui expliquer que la drogue ne réglera jamais son problème et qu'il se trompe en pensant que le produit l'aidera à surmonter ses difficultés,
- lui proposer de remplir un questionnaire (type ADOSPA qui repère l'usage de substances) pour mieux définir son degré d'addiction,
- éventuellement, envisager de changer ses fréquentations, ses habitudes et de s'éloigner des zones de consommation,
- consulter les professionnels compétents (addictologues des hôpitaux) et envisager un suivi continu surtout s'il fait usage de crack,
- se faire aider dans tous les cas par un centre spécialisé.

Parole d'Expert



Laurent KARILA,
Psychiatre-Addictologue au Centre d'enseignement, de recherche et de traitement des addictions à l'hôpital universitaire Paul-Brousse à Villejuif,
SOS Addictions (www.sos-addictions.org).

La cocaïne est la seconde drogue la plus consommée en France. De l'expérimentation à l'addiction, elle touche maintenant toutes les classes sociales sans distinction. Son prix au gramme a énormément chuté ces dernières années. Cette drogue psychostimulante, sournoise, fait entrer le patient dans un cycle bipolaire où prédominent la recherche d'euphorie et la lutte contre l'envie irrésistible de consommer (« craving »). Au début, le sujet pense maîtriser mais il va être vite dépassé par la substance. Les complications physiques (infarctus, troubles du rythme, ou arrêt cardiaque, infections sexuellement transmissibles, VIH, hépatites, problèmes ORL, etc.), psychiatriques (dépression, suicide, délire aigu, etc.) et sociales sont nombreuses. Les co-addictions sont fréquentes avec le tabac au premier plan.

Le traitement peut se faire à domicile ou en hospitalisation. Il faudra hospitaliser rapidement, pendant 2 à 3 semaines, les sujets ayant une addiction sévère à la cocaïne rendant le traitement à domicile impossible, les fumeurs et les injecteurs de cocaïne, les sujets ayant d'autres addictions et/ou des troubles psychiatriques associés.

Le traitement dure au minimum 12 mois. Il comprend 2 étapes, à savoir le sevrage en utilisant un traitement médicamenteux et les entretiens motivationnels pendant 3 à 4 semaines, le maintien de l'abstinence (phase la plus longue) comprenant un autre traitement médicamenteux et de la thérapie cognitive et comportementale (pendant 3 mois). Il faudra évaluer les fonctions cognitives (comme la mémoire, l'attention, la concentration et la prise de décision en début de traitement), l'état de santé physique et psychologique des patients. Les tests urinaires peuvent aider au suivi. Le soutien psychologique se poursuit tout au long du traitement. Il n'existe pas de traitement de substitution de la cocaïne ni de traitement spécifique pouvant être acheté en pharmacie. Les médicaments actuellement utilisés sont issus des données des recherches.

Les aides possibles

- **Drogues Info Service**
www.drogues-info-service.fr
0800 23 13 13

- **CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie).**

La liste des CSAPA est publiée chaque année au Bulletin des Actes Administratifs de la Préfecture du département dans lequel le centre se situe.

- **ACA (Association Cocaïne Anonymes)** sur le modèle des AA (Alcooliques Anonymes) (alcool).
- **CJC (Consultations Jeunes Consommateurs).**
- **MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives).**
- **EMERGENCE Espace Tolbiac,**

Centre de soins spécialisé en toxicomanie, Département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris,
Addictologie de l'adolescent et de l'adulte jeune
Traitements de substitution
Equipe mobile Emergence
2-6, rue Richemont
75013 PARIS
www.emergencetolbiac.fr
01 53 82 81 70

En savoir plus

Bibliographie non exhaustive comprenant des ouvrages de référence :

- **Addiction à la cocaïne – Le Flyer – Décembre 2013** pmb.santenpdc.org/opac/doc_num.php?explnum_id=15959
- **Addiction à la cocaïne,**
Laurent Karila, Michel Reynaud, Flammarion, 2009
- **Les Addictions (idées reçues)**
Laurent Karila, Le Cavalier Bleu, 2008
- **24 réponses sur la cocaïne,** INPES 2010
www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1268.pdf
- **Cerveau, drogues et dépendance,**
Lucas Salomon, Belin : pour la Science, Paris, 2013.
- **L'addiction chez les adolescents,**
Nicole Battaglia et Fabien Gierski (Collectif), Bruxelles, De Boeck Solal, 2014.
- **Les addictions,**
Didier Acier, De Boeck, Bruxelles, 2012.
- **Le trafic de drogue. Pour un contrôle international des stupéfiants,**
Mario Bettati, Odile Jacob, 2015.
- **Une histoire de poudre : la cocaïne : tout le monde en prend. Pourquoi ?**
Laurent Karila et Sophie Verney, Flammarion, 2010.
- **Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives,**
2013-2017,
www.apmnews.com/Documents/planluttedroguedef.pdf

(Listes non exhaustives. N'hésitez pas à nous faire part des adresses ou des ouvrages qui pourraient compléter ce document)

Haut de page