

La cocaïne

Cocaïne mon amour ?

Longtemps cette substance a joui d'une image valorisante et valorisée dans l'imaginaire collectif à travers la littérature et les tendances culturelles, avec en prime la réputation d'une faible dangerosité qui a contribué à sa popularité.

Cette lune de miel du " champagne des drogues " est aujourd'hui beaucoup plus relative : l'augmentation de la consommation de cocaïne aux Etats-Unis dans les années 70-80 en a fait un phénomène de masse aggravé par l'irruption du crack dans les populations les plus précarisées. Désormais la cocaïne fait peur, en Europe et en France, avec la crainte d'une banalisation de l'usage comparable au cannabis et d'un accroissement des consommations " dures " déjà observées en Guyane et aux Antilles avec le free-base/crack.

Ce thema Toxibase vous propose donc un voyage qui, en apparence, commence bien, de l'évolution du mythe de la cocaïne par B. Lebeau, mais se termine mal avec le tableau clinique inquiétant dressé par D. Velea.

En éclairage, J. M. Costes de l'OFDT, présente les données les plus récentes sur l'augmentation des consommations et le phénomène aggravant de la polyconsommation avec d'autres substances.

Comme toujours de nombreuses références bibliographiques permettront d'approfondir cette approche.

* Docteur, hôpital André Grégoire (Montreuil),
hôpital Saint Antoine (Paris)
blebeau@club-internet.fr

Cocaïne : de la mythologie à la consommation de masse

Bertrand Lebeau*

Le jeune Freud voyait en elle une substance thérapeutique idéale. Sherlock Holmes l'utilisait pour résoudre ses énigmes. JJ. Cale et E. Clapton l'ont popularisée en la comparant au coca cola.

Mais quelle est donc cette substance dont le mythe perdure depuis les Incas ? La cocaïne réunissait indiscutablement tous les atouts du marketing culturel et de l'image sociale positive pour réussir une percée impressionnante auprès des consommateurs potentiels.

Mais depuis 30 ans elle s'est transformée en épidémie, les risques de l'usage régulier commençant à être mieux connus, même si c'est très insuffisant. L'avenir nous conduit-il vers une gestion des risques et des soins raisonnée ou ceux-ci seront-ils débordés par la gestion d'une épidémie qui inquiète, peut être à tort, de plus en plus ?

C'EST UNE EVIDENCE DE DIRE que les drogues présentent deux facettes. La première renvoie aux effets *objectifs* des différents produits, effets qui peuvent être largement expliqués par la pharmacologie, la physiologie et les effets ressentis par les consommateurs. La classique distinction entre substances sédatives, excitantes et hallucinogènes permet ainsi de classer sans trop de difficulté la plupart des drogues même si, pour prendre deux exemples bien connus, l'alcool est d'abord euphorisant et désinhibiteur avant d'être sédatif ou que le haschisch est à la fois psychodysléptique et sédatif.

Mais il existe une autre facette des drogues, beaucoup plus complexe, fluctuante et labile, celle qui renvoie à leur dimension mythologique, aux représentations qu'elles véhiculent. Contrairement à la relative stabilité des effets objectifs, ces représentations peuvent changer suivant les époques, se renforcer ou même disparaître. Comment une même substance, le haschisch, a-t-il pu servir à stimuler l'ardeur guerrière et pré-

datrice des haschischins pour devenir quelques siècles plus tard le symbole par excellence de la paix et de l'amour ? On ne peut éclaircir ce mystère qu'en considérant les drogues comme des supports potentiellement neutres, polymorphes et disponibles aux investissements imaginaires les plus contradictoires.

Les Hollandais, lorsqu'ils construisirent leur politique au milieu des années 70, furent très sensibles à cette dimension et en avaient fait un des axes de leur intervention. Leur refus de la *diabolisation* des drogues tenait précisément au fait qu'elle renforçait, d'après eux, leur puissance d'attraction là où il fallait au contraire tenter de les démythologiser : moins on donnerait de sens à l'usage de drogues, moins il en aurait et moins la fascination que ces substances pouvaient avoir sur la jeunesse s'exercerait¹.

¹ - Voir Isabelle Stengers et Olivier Ralet, *Drogues le défi hollandais*, Les empêcheurs de penser en rond, 1991 et leurs citations de E. Engelsman

Or, à partir du milieu des années 60 et du mouvement de la contre-culture dans les pays occidentaux, c'est une machine mythologique d'une incroyable puissance qui s'était mise en marche. Elle était d'abord portée par la musique. Les chansons des groupes les plus célèbres de cette époque, de Bob Dylan (Everybody must get stone) aux Rolling Stones (Brown sugar, Sister morphine) à Lou Reed

(Héroïne) ou à JJ Cale (Cocaïne) ont été littéralement saturées de références aux drogues et plus encore à la vie avec les drogues. Un chanteur, trop tôt disparu, Ian Dury, avait fini par écrire une chanson que l'on pourrait qualifier de programmatique : *Sex and drugs and rock'n roll*. Telle fut la ligne générale d'une partie de la génération dite post soixante-huitarde².

Un mythe qui se perpétue

On peut soutenir, sans grand risque d'être contredit, que la cocaïne est la drogue dont le halo mythologique est à la fois le plus fort et le plus polysémique. C'est la drogue mythique par excellence et, comme on le verra, ce statut n'est pas sans conséquences. Avant d'aborder l'époque actuelle, remontons un instant l'histoire. Isolée par Albert Niemann en 1859 de la feuille de coca, emblème, excusez du peu, de l'empire inca, la cocaïne fait son entrée sur la scène du monde grâce aux travaux d'un jeune neurologue viennois du nom de Sigmund Freud. Il n'a certes pas le génie commercial d'Angelo Mariani dont le vin éponyme rencontre un immense succès. Mais dans les années 1884 Freud se persuade que la cocaïne présente une multitude d'applications thérapeutiques et commence lui-même à en consommer. Trop pressé de rejoindre sa fiancée Martha, à qui il écrivit des lettres enflammées faisant l'apologie de la substance, il laisse bien involontairement son collègue Carl Koller démontrer l'intérêt de la cocaïne comme anesthésique local dans la chirurgie de l'oeil. Freud pense avoir trouvé une autre propriété à la cocaïne, celle de permettre de briser la dépendance aux opiacés et c'est son ami Ernst von Fleischl qui fera en quelque sorte les frais de cette idée non fondée devenant cocaïnomanie après qu'une infection ayant nécessité une amputation l'ait rendu dépendant des opiacés. L'enthousiasme du jeune Freud sera brisé net par les remontrances du chimiste Albrecht Erlenmeyer qui parlera de *troisième fléau de l'humanité*, pas moins, après l'alcool et l'opium et par le grand pharmacologue Louis Lewin, l'immortel auteur de *Phantastica* (1925). De ce jour le mot *cocaïne* disparaîtra à tout jamais de ses écrits et, dans la biographie officielle que lui consacra Ernest Jones, il sera question à minima de cette affaire et moins encore de la période où Freud cessa de consommer...³

Un peu plus tard (1890) un brillant détective, du nom de Sherlock Holmes n'hésite pas, entre deux affaires, à s'injecter la solution à 7% et l'on connaît le début célèbre du *Signe des quatre* de Arthur Conan Doyle où le docteur Watson surprend son ami dans la pratique de sa détestable habitude et trouve le courage de dénoncer le processus pathologique et morbide dans lequel il est engagé. Holmes lui répond avec nonchalance qu'il déteste trop la morne routine et l'existence et que la vie est décidément trop triste sans une affaire excitante ou...un divin excitant.

Dans *Approche, drogues et ivresse*, Ernst Jünger, le célèbre auteur de *Orages d'acier*, écrit ceci : *La cocaïne est entrée dans la mode durant la première guerre mondiale : Zurich, ce Janus à deux faces, fut l'une des résidences d'où rayonna sa souveraineté. Le recueil de nouvelles de Serner, Au singe bleu, donne des vues du biotope au sein duquel la drogue se répandit. On disait aussi que les pilotes de combat dont " les nerfs craquaient " s'en servaient pour se mettre en forme. Cela ne pouvait pas longtemps continuer sans accident⁴. Les pilotes de combat ! Pouvait-on, au sortir de la grande guerre, trouver héros plus éblouissants que ceux-là ! Et propagandistes plus convaincants ! On pourrait multiplier les exemples : la cocaïne apparaît nimbée d'une aura de danger mais d'un danger terriblement excitant. Une étoile est née.*

La cocaïne fut d'abord la drogue du grand monde avant de devenir, la prohibition aidant, celle du demi-monde pour finir dans les bas-fonds (*Coco ! la putain pâle aux fards décomposés*, Robert Desnos, Ode à coco). Certes, dira-t-on, ce fut le destin de beaucoup de drogues que la prohibition interdira de commencer leur parcours social dans les sphères les plus respectables ou les plus huppées pour finir dans les milieux interlopes de la pro-

stitution et/ou de la voyoucratie. Mais la cocaïne possède quelques caractéristiques qui font son destin singulier. Tout d'abord elle ne provoque pas de dépendance physique comme les opiacés. Ensuite elle est supposée avoir des propriétés aphrodisiaques. Enfin elle permet de vivre vite soit pour travailler soit pour s'amuser. Laissons de côté pour l'instant le fait que sa consommation excessive provoque rapidement des troubles psychiatriques à commencer par la dépression, on y reviendra.

² - Sur cette question des rapports entre drogues et musique pop, le livre de référence reste *Waiting for the man, the story of drugs and popular music* de Harry Shapiro, Quartet Books Limited, 1988

³ - La bibliographie concernant Freud et la cocaïne est désormais bien fournie. Les citations sont extraites de Denis Richard *La coca et la cocaïne* (PUF, 1994), Denis Richard et Jean-Louis Senon *Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances* (Larousse, 1999) et de *Un peu d'encre sur la neige, l'expérience de la cocaïne par les écrivains*, textes réunis et présentés par Dominique Antonin (Editions du Léopard, 1997) où l'on trouvera aussi la célèbre ouverture du *Signe des quatre* de Conan Doyle

⁴ - Ernst Jünger, *Approches, drogues et ivresse*, Gallimard 1973 pour la traduction française

D'une épidémie à l'autre ?

Comme l'héroïne, et souvent dans les mêmes milieux numériquement très limités, la cocaïne vivra une existence presque secrète dans les années 40 et 50 à une époque où l'on est loin des deux grandes épidémies de drogue des années 1880 et 1920 et où la prohibition semble avoir définitivement triomphé. On ne comprendrait pourtant rien à l'histoire d'une musique comme le jazz si l'on oubliait que ces deux drogues y étaient discrètement mais lourdement présentes.

C'est donc avec la grande épidémie de consommation qui débute au milieu des années 60 que la cocaïne refait son apparition avec une image, qui ne la quittera désormais plus jusqu'à aujourd'hui, celle de *champagne des drogues* : *French champagne just makes me crazy, cocaïne dont make me lazy* comme dit la chanson. Relancée par la contre-culture avec beaucoup d'autres substances, la cocaïne est désormais la drogue de luxe, drogue des gens célèbres, de la jet set, des milieux branchés, de la mode, du cinéma ou des médias. Elle (re)devient le symbole même de la réussite sociale, des *happy few*. Mais il y a dans ce retour une grande différence : alors que l'aristocratie de naissance ou de fortune de la fin du XIX^e et du début du XX^e siècle vivait luxueusement dans la discrétion, la *nouvelle élite* d'aujourd'hui étale avec ostentation son mode de vie tandis que la presse *people* rend compte à un public toujours plus large et plus gourmand de ses frasques et de ses vices. Il y a dans ce mélange d'ostentation et de vulgarité un cocktail détonnant, une machine à produire de la fascination.

Car c'est cette image haut de gamme qui va, paradoxalement, assurer son succès auprès des classes moyennes et favoriser sa consommation de masse. Ce qui caractérise en effet l'époque c'est la *démocratisation de la bohème*. Autre manière de dire, selon la célèbre formule d'Andy Warhol, que *chacun de nous a droit à son quart d'heure de célébrité*. L'idée de Tocqueville selon laquelle la société démocratique est mue par la *passion de l'égalité* vaut aussi pour les drogues. Pourquoi ne pourrais-je pas partager, moi aussi, le plaisir des stars ? Pourquoi ne ferais-je pas, moi aussi, de ma vie un chef d'œuvre ? A quoi s'ajoute l'obsession si contemporaine de la performance : toujours en forme, jamais fatigué, prêt à travailler, prêt à "faire la fête" et, pourquoi

pas, les deux à la fois. La cocaïne colle décidément à l'époque.

À partir du milieu des années 80 une épidémie de consommation de cocaïne se développe aux Etats-Unis et qui présente deux aspects très différents : d'une part plusieurs millions de consommateurs issus des classes moyennes *sniffent* du chlorhydrate de cocaïne. Au plus fort de l'épidémie on en comptera, chiffre considérable, une dizaine de millions. D'autre part la base de cocaïne, le crack, se développe massivement dans les milieux défavorisés et suscite une violence liée à la fois aux luttes entre dealers pour le contrôle des marchés et à la délinquance et à la paranoïa des fumeurs dévorés par le besoin d'argent et le *craving*. L'image de la cocaïne s'est fracturée. Elle renvoie désormais tout à la fois au succès du *gratin* et à la déchéance sans recours des plus démunis. Comme dans toute grande épidémie de consommation la dialectique de l'offre et de la demande fonctionne à plein et les grands cartels andins inondent le marché nord-américain. Cette épidémie ne commencera à s'apaiser que vers le milieu des années 90 et c'est à cette même époque que commence, comme pour en prendre le relais, l'épidémie européenne.

Cette épidémie européenne présente des caractères assez semblables : chlorhydrate de cocaïne sniffé dans des milieux socialement intégrés, crack limité à quelques quartiers de Paris et où dominent les Antillais et les Africains⁵. Mais une nouvelle population de consommateurs est apparue, celle des adeptes de musique techno, raves et teknivals, particulièrement étudiée dans les enquêtes du dispositif Trend-Sintes de l'OFDT. L'appétence pour les stimulants (ecstasy, amphétamines) explique facilement le phénomène. Plus troublant est le fait que c'est la base de cocaïne qui a la préférence des consommateurs (qui refusent habituellement d'appeler le produit *crack*, dénomination trop stigmatisante) et non la cocaïne sniffée.

Tentons maintenant d'articuler les deux dimensions de la cocaïne évoquées au début de cet article pour comprendre les dynamiques actuelles. Pour ce faire il est absolument nécessaire de distinguer la cocaïne sniffée d'un côté, la cocaïne injectée ou la base de cocaïne fumée (ou parfois injectée) de l'autre. Dans ce deuxième cas, le flash est immédiat,

intense et bref, toutes conditions qui favorisent la consommation compulsive et la perte de contrôle. En revanche, lorsque la cocaïne est sniffée, la maîtrise de la consommation est beaucoup moins problématique comme le montrent de nombreuses études dont les plus célèbres sont celles que Peter Cohen a mené à Amsterdam sur des *usagers invisibles* c'est-à-dire discrets, socialement insérés et ne se heurtant pas aux *hétérocontrôles* (police, justice, système de soins)⁶.

Dans le contexte ainsi défini, que se passe-t-il, habituellement, à l'occasion des premières consommations, en termes d'effet d'attente et d'effets ressentis ? On peut le résumer d'un mot : la déception. A moins que les quantités consommées aient été d'emblée abusives, ce qui est rare, les personnes ne parviennent pas à superposer la mythologie flamboyante de la cocaïne et le ressenti somme toute modeste du produit. Ce n'est qu'après un certain temps d'expérimentation et d'usage que se construit la connaissance. Et cette connaissance porte certes sur les effets *positifs* de la cocaïne (stimulation, euphorie, disparition de la sensation de fatigue...) mais tout autant sinon plus sur les effets *négatifs* : anxiété, paranoïa, insomnie puis dépression à l'arrêt de la consommation.

On peut tirer deux conclusions de cette phénoménologie de l'expérience : d'une part la prévention doit insister sur l'aspect déceptif de la première ou des premières prises d'un produit aussi mythique puis sur le savoir qu'acquiescent les usagers expérimentés des inconvénients et des impasses du produit. D'autre part, c'est une des clés qui permet de comprendre comment s'éteignent les grandes vagues de consommation comme celle qui a eu lieu aux Etats-Unis et qui a lieu actuellement en Europe : de plus en plus d'usagers font l'expérience des effets négatifs et finissent par reléguer au magasin des accessoires le *champagne des drogues*.

Il en va tout autrement de la population, restreinte, des injecteurs de cocaïne et/ou des fumeurs de base le plus souvent socialement désinsérés et consommant le produit selon ses modalités les moins maîtrisables. Avec un paradoxe que

5 - Sur cette période, consulter : La cocaïne. Domic Z., Richard D., Senon J.L., Ingold R., Toussirt M., Revue Toxibase n°2/1996 en texte intégral sur www.toxibase.org (rubrique revue>dossiers thema

6 - Peter Cohen " *Cocaïne use in Amsterdam in non deviant subcultures*, Instituut voor Geografie Universiteit van Amsterdam, 1989

connaissent les équipes de soins : si la cocaïne injectée, habituellement à un rythme frénétique, expose aux contaminations virales (VIH, VHC) et détruit le capital veineux, il y a une sorte de limite technique à l'injection, les personnes devenant assez rapidement incapables de se piquer (tremblements, fièvre). Cette limite n'existe pas avec le crack fumé et le **binge** ne prend fin qu'après épuisement du produit et/ou du consommateur. Dans les deux cas ces consommations sont destructrices en particulier chez les prostitué(e)s. Il existe néanmoins des cas avérés de consommateurs insérés fumant du crack ou injectant de la cocaïne occasionnellement.

Rien n'illustre donc mieux le fameux **drug, set and setting** (la drogue, la personnalité, le contexte) de Norman Zinberg que la cocaïne. Quoi de commun, en effet, entre le golden boy sniffant de la coke dans une party branchée et le crackeur clocharisé errant à la recherche d'un caillou ? Bien entendu, il ne s'agit pas de soutenir que la cocaïne est la seule substance psycho-active qui soit consommée et par des très *rich and famous* et par des très pauvres. Mais il est difficile de trouver plus grand écart.

Quel avenir ? gestion d'une épidémie ou réduction des risques

Comment va évoluer l'épidémie de consommation de cocaïne en Europe et particulièrement en France ? Tout d'abord il faut noter, comme le rappelle Jean-Michel Costes dans cette revue Toxibase, que les niveaux de consommation des différents pays européens varient d'un facteur dix entre les plus bas et les plus élevés, ces derniers atteignant les sommets "*américains*" de la grande époque. Bref, nous sommes encore largement dans une phase ascendante tandis que les cartels sont solidement installés dans la péninsule ibérique et même en France où, fait unique depuis l'époque de l'héroïne de la french connection, un laboratoire de transformation de pasta en cocaïne impliquant des Colombiens et des Espagnols a été démantelé à Paris le 8 novembre 2002. Il y a bien eu banalisation et massification de la consommation dans les classes moyennes.

On a longtemps redouté une épidémie de crack en France et particulièrement une extension des lieux de consommation du

nord-est parisien vers la Seine Saint-Denis. Et puis le sentiment a prévalu que la consommation de crack, même si elle provoquait des nuisances et des conflits d'intérêts parfois violents entre crackeurs et riverains qui se sentent abandonnés des pouvoirs publics, restait géographiquement et numériquement limitée. Cette idée optimiste est peut-être infondée. Il y a désormais des **plans de crack en Seine Saint-Denis** et des **cookers** qui savent transformer le chlorhydrate en base. De plus il est difficile d'apprécier l'importance des mouvements démographiques des Antilles françaises (Guyane, Guadeloupe, Martinique) où l'épidémie de crack a pris des proportions clairement alarmantes vers la métropole⁷.

Quid alors de la réduction des risques et du soin ? On peut certes tenter de limiter la transmission du VHC par partage de doseur (transmission d'ailleurs mal documentée) ou les plaies aux mains provoquées par la fabrication du filtre avec du fil électrique dénudé, les doseurs brûlants, l'utilisation compulsive des briquets. Mais on reste malheureusement plus proche du bricolage certes nécessaire de la réduction des risques telle qu'elle s'était développée à partir du début des années 90 avec l'héroïne. Quant au soin, on dispose certes de possibilités thérapeutiques comme le montre Dan Velea dans cette revue Toxibase mais toujours pas de **cocadone**. Mettre fin au craving, même temporairement, suppose d'abord de "*mettre au vert*", à l'abri, à distance du produit celui ou celle qui demande de l'aide et mieux vaut pouvoir très vite, proposer cette mise à distance sauf à voir le patient retourner vers son doseur. Le secteur de soin ne dispose pas de tels outils.

Restent les jeunes **teufeurs** abuseurs de cocaïne qui se sentent rarement à l'aise dans les CSST alors même que certains d'entre eux vont particulièrement mal et les usagers insérés qui fuient ces "*ghettos pour toxicomanes*" préférant, qui leur en tiendrait rigueur, quelque clinique plus luxueuse. Tout cela, à l'évidence, ne fait pas une politique, la cocaïne étant un thème peu développé des orientations du plan quinquennal de la MILDT, même si

La MILDT travaille sur le thème de la cocaïne

Deux colloques de niveau européen sur invitation sont organisés par la MILDT au premier semestre 2006 pour faire le point sur l'évolution des traitements et du trafic.

1. Recherche clinique sur la cocaïne, séminaire organisé avec le CRIPS-CIRDD Ile de France les 6 et 7 Avril dernier avec un partage d'expériences sur les succès, difficultés et échecs des traitements, sur l'immunothérapie et les pharmacothérapies, les traitements de substitution et la cocaïne, l'approche des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et les perspectives de la recherche collaborative en Europe. Des experts reconnus sont intervenus sur ces thèmes (Michael Gossop, Narc/Grande Bretagne ; Jean Pol Tassin, collège de France, Thomas Kosten, Yale University/USA, ...)

2. Lutte contre le trafic de cocaïne, séminaire organisé les 1er et 2 juin à Toulon avec l'AMPTA-CIRDD Paca et avec la collaboration de l'OCRTIS. L'objectif sera de renforcer la coopération entre les différents services régaliens (Police, Douanes, Marine, Justice) de plusieurs pays européens (Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, France, Grèce, Grande Bretagne, Irlande, Italie, Pays Bas, Portugal) face à l'augmentation du trafic de cocaïne en France comme ailleurs en Europe et de permettre un échange sur les projets de coopération en cours et sur les dispositifs mis en place par les pays participants.

⁷ - Voir article OFDT/ J.M.Costes dans ce numéro

elle a engagé plusieurs actions dans ce sens récemment (cf. encadrés).

Dieu est une substance dit un jour Fleischl, l'ami dont Freud traita la morphinomanie par la cocaïne. Pour d'autres, c'est assurément le diable comme en témoigne le titre éloquent d'un livre de Gabriel Nahas : *La peste blanche du XX^e siècle*. Aujourd'hui, c'est d'une autre mythologie dont nous devons nous débarrasser, et ce ne sera pas tâche facile, la mythologie de l'impuissance.

Programme crack et situation dans le nord de Paris

Depuis son arrivée en France la consommation de crack connaît des terrains de prédilection et touche particulièrement certaines catégories de consommateurs, en particulier dans le 18^e arrondissement et dans les arrondissements voisins de Paris, avec une tendance à l'extension en Seine Saint-Denis. Ces quartiers concentrent en effet une population de 2000 à 3000 toxicomanes en situation d'errance et de précarité. Cette évolution a entraîné de nombreux problèmes avec les habitants qui se sont constitués parfois en association (notamment le collectif anti-crack Stalingrad) pour dénoncer la "mixité" avec les populations usagers de crack et exiger des réponses politiques (1).

Afin de mieux comprendre cette situation et viser à améliorer la "tranquillité publique" des quartiers, l'association "Coordination Toxicomanies" qui regroupent des structures du 18^e*, des associations d'habitants a été créée afin de conduire une action de médiation et d'animation sociale dans le champ spécifique des drogues suite à un premier rapport d'évaluation (2). Il s'agit de mettre en œuvre des pratiques de médiation sociale pour la régulation des conflits entre les usagers, les habitants et les institutions (soins, police, bailleurs, syndicats,...) afin de relancer une démarche de réduction des risques s'appuyant sur un consensus minimum. Les usagers sont abordés sur leurs lieux de vie, souvent dans une détresse importante. Elle a été chargée par la MILDT de conduire une recherche action s'intégrant et facilitant la mise en œuvre du volet Crack du plan quinquennal de la MILDT dans le cadre d'un processus visant à impliquer sous une forme participative les acteurs présents sur ce territoire. Elle vise à construire des processus d'adaptation et de diversification de l'offre à destination des usagers de drogues, des habitants et à faciliter le maillage territorial et extra territorial des secteurs spécialisés et non spécialisés.

La mise en œuvre des CAARUD (3) dans le cadre d'une Politique Publique de Santé engage l'association, en partenariat avec les structures existantes : CHU pour toxicomanes et CSST "sleep-in" (SOS-DI), association Espoir Goutte d'or (EGO), Les Boutiques et le CSST de l'association Charonne, l'Inter secteur hospitalier du nord-est parisien "la Terrasse" géré par l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, l'AP-HP (hôpital Bichat et hôpital Lariboisière) avec des ECIMUD (4) à construire et renouveler une approche de l'intervention auprès des usagers de drogues en alliance avec les acteurs du territoire.

* Coordination Toxicomanie CT-18
87 r. Marcadet 75018 Paris
Coord-tox@wanadoo.fr

- (1) Consulter par exemple les actes des états-généraux *crack, errance et poly-toxicomanie : quelles réponses concrètes ?* Mairie du 18^e arrdt, Ville de Paris. 14 Juin 2005
- (2) *Médiation et réduction des risques. Évaluation du programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18^e arrondissement de Paris..* Rapport de Sonia Fayman, Christine Salomon, Patrick Fouilland, avec la collaboration de Stanislas Ayangma, OFDT, Septembre 2003, 110 p.

<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/ofdt/publi/rapports/rap03/epfxsfj9.html>

- (3) Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogue
- (4) Équipes de Coordination et d'Intervention pour Malades

La cocaïne en France : une nette progression au cours des dix dernières années

Jean-Michel Costes*

Quel est le tableau de la consommation de cocaïne en France ?

Les jeunes, et plus particulièrement les hommes, sont les usagers majoritaires, quel que soit le mode d'usage de la cocaïne (sniffée, fumée, injectée).

La tendance à l'augmentation se reflète dans tous les pays européens et, ce qui est inquiétant, de plus en plus en association avec d'autres substances.

Ces données doivent conduire à réfléchir sur l'évolution du dispositif de prévention, de soin et de répression

* Directeur de l'OFDT

3, avenue du Stand de France
93218 - Saint-Denis la
Plaine cedex

jean-michel.costes@ofdt.fr

EN FRANCE, LA CONSOMMATION DE COCAÏNE est restée modérée et n'a jamais été considérée comme un problème majeur de santé publique. Son usage a longtemps été largement devancé par celui des opiacés : opium et morphine, morphine et héroïne puis héroïne uniquement.

L'augmentation, depuis les années 1990, de l'usage de cocaïne, représente une rupture dans l'histoire de ce produit. Actuellement, on assiste à un élargissement de la diffusion de la forme chlorhydrate de la cocaïne (poudre), mais aussi à l'émergence puis l'élargissement de la forme basique (free base/crack).

Les niveaux atteints en France restent toutefois inférieurs à ceux rencontrés dans d'autres pays de l'Union européenne.

Niveaux de consommations : encore relativement faibles mais en hausse

Parmi les produits illicites autres que le cannabis, la cocaïne est la substance la plus expérimentée : le nombre de person-

nes ayant consommé de la cocaïne au moins une fois au cours de la vie est estimé à 1,1 million, soit près de 3 % de la population française, celui des consommateurs au moins une fois dans l'année à 250 000. La consommation de crack est un phénomène bien plus marginal, peu rencontré (et peu repérable) en population générale [1].

La consommation de cocaïne est principalement rencontrée chez les jeunes et jeunes adultes. Chez les jeunes, à 17-18 ans en 2003, la cocaïne se situe à la quatrième place dans l'ordre des produits illicites consommés au moins une fois dans l'année, loin derrière le cannabis (45,9 %) mais aussi après l'ecstasy (3,0 %) et les champignons hallucinogènes (2,9 %). À ces âges, ceux qui ont déjà expérimenté la cocaïne l'ont fait, en moyenne, à un peu plus de 16 ans, soit environ un an après l'âge moyen à la première ivresse et celui du premier joint [2,3].

La consommation de cocaïne est très majoritairement un phénomène masculin.

En 2005, parmi la population française âgée de 15 à 34 ans (cumul colonnes 1 et 2 (Figure 1)), la proportion de ceux qui en consomment est plus du double pour les hommes que pour les femmes (4,9 vs 2,1 % pour l'usage dans la vie et 1,7 vs 0,7 % pour l'usage dans l'année) [2].

La cocaïne (ou chlorhydrate de cocaïne) est obtenue à partir de la feuille de coca et se présente sous forme de poudre blanche, généralement sniffée et parfois fumée ou injectée. Fortement stimulante, elle entraîne un sentiment d'euphorie, de puissance intellectuelle et physique, et une indifférence à la fatigue.

Le crack est une forme dérivée de la cocaïne, obtenue après adjonction de bicarbonate ou d'ammoniaque au chlorhydrate de cocaïne. Appelé aussi *free-base* ou *cocaïne base* lorsqu'il est fabriqué par l'utilisateur lui-même, le crack est presque toujours fumé (rarement injecté). Son action, plus intense que celle de la cocaïne, apparaît beaucoup plus rapidement (1 à 2 min contre 15 à 30), mais disparaît également plus vite (10 à 15 min contre environ 1 h).

Figure 1 - Consommation de cocaïne à 15-64 ans, France, 2005

	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-64 ans	15-64 ans	Femmes	Hommes
dans la vie	2,5	4,4	3,6	1,3	2,7	1,6	3,9
dans l'année	1,1	1,3	0,3	0,1	0,6	0,3	0,8

Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploitation OFDT

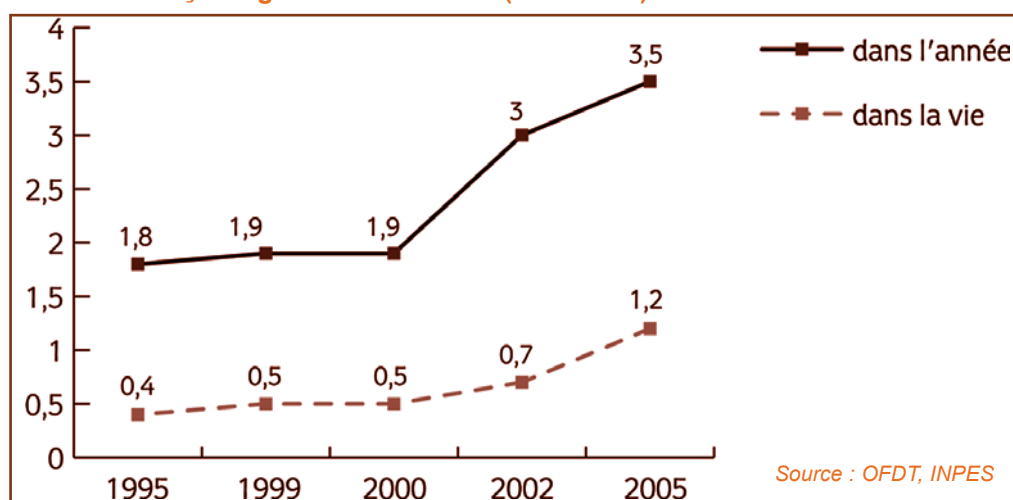
L'expérimentation et la consommation de cocaïne sont en augmentation depuis 10 ans. Cette **tendance à la hausse** s'est accentuée ces cinq dernières années au cours desquelles il semble que le phénomène ait doublé d'ampleur. Ainsi, la proportion d'expérimentateurs parmi les 15-34 ans est passée de 1,9 à 3,5 %, celle des consommateurs dans l'année de 0,5 à 1,2 % entre 2000 et 2005 (Figure 3).

Figure 2 : Consommation de cocaïne et de crack à 17-18 ans, 2003

	cocaïne			crack
	dans la vie	dans l'année	dans le mois	dans la vie
Filles	1,7%	1,2%	0,6%	0,7%
Garçons	2,8%	2,2%	1,2%	1,0%
Total	2,3%	1,7%	0,9%	0,9%

Source : ESCAPAD 2003, OFDT

Figure 3 : Évolution de la fréquence de la consommation de cocaïne chez les Français âgés de 15 à 34 ans (1995-2005)

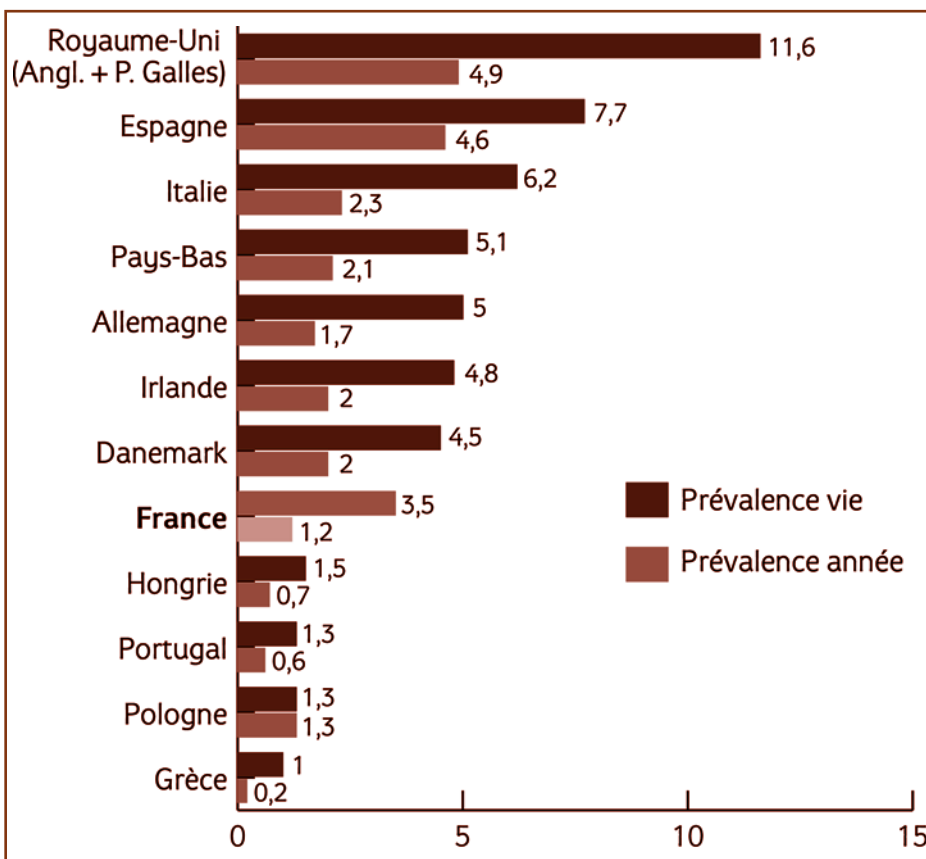


Source : OFDT, INPES

Figure 4 : Prévalence de consommation de cocaïne dans les principaux pays de l'Union Européenne (données 2000-2005)

Une hausse, légère mais significative, est aussi observée depuis 2000 chez les jeunes de 17 ans (filles et garçons) : 1,7 % (1,2 % et 2,2 %) d'entre eux déclarent avoir expérimenté la cocaïne en 2003 contre 1,0 % (0,6 % et 1,3 %) en 2000 [2, 4-7] (Figure 2). Cette évolution constatée en France s'inscrit dans un **mouvement européen** lui aussi orientée à la **hausse**. De nombreux pays européens rapportent une augmentation de l'usage de cocaïne (Figure 4). C'est le cas notamment des principaux voisins de la France : Espagne Italie, Angleterre. Néanmoins, les niveaux atteints en 2005 en France restent légèrement en deçà de la moyenne européenne [8].

On estime qu'il y a, en 2004, entre 3 et 3,5 millions de consommateurs (au cours de l'année) de cocaïne en Europe. Mais il y a de très fortes disparités entre les Etats membres de l'Union Européenne (le rapport entre les prévalences les plus basses et les plus hautes est de l'ordre de 1 à 10) Certains pays ont atteint des niveaux de consommation comparables à ceux rencontrés aux Etats-Unis, globalement bien supérieurs à ceux relevés en Europe [8].



Source : REITOX, OEDT

Des milieux sociaux et des contextes d'usages très diversifiés

Les milieux sociaux concernés par l'usage de cocaïne sont devenus, avec sa diffusion, de plus en plus hétérogènes. Il n'est donc pas possible de décrire un profil type du consommateur. En effet, la cocaïne n'est dorénavant plus seulement utilisée par des groupes sociaux ayant un fort pouvoir d'achat ou par des usagers de drogues très marginalisés, mais touche également les classes moyennes ou encore des jeunes fréquentant le milieu festif [9]. Dans l'espace festif *musique électronique* des cinq villes (Nice, Toulouse, Rennes, Bordeaux, Metz) ayant participé à une enquête réalisée dans le cadre du dispositif TREND, 34,6 % (518/1496) des personnes fréquentant cet espace (qui ne sont donc pas, de ce fait, tous consommateurs de drogues) déclarent avoir consommé de la cocaïne au cours du mois écoulé et plus des deux tiers en ont pris au moins une fois dans leur vie [10, 11].

Au cours des dernières années, chez les toxicomanes, la consommation de cocaïne

est en progression quel que soit le mode d'usage (injectée, sniffée, fumée) tandis que celui de l'héroïne se stabilise après avoir diminué. Des consommations d'autres produits, notamment d'alcool, de médicaments psychotropes et de cannabis, sont fréquemment associées. En 2003, parmi les usagers de drogues illicites en contact avec le système socio-sanitaire : 10 % ont consommé de la cocaïne au cours de la semaine écoulée ; presque la moitié (49 %) des usagers rencontrés dans des structures de première ligne (boutiques, programmes d'échange de seringues...) a consommé de la cocaïne (35 %) ou du crack (18 %) au cours du mois écoulé. [12, 13].

Les usagers de cocaïne fréquentant les structures de première ligne sont majoritairement des hommes (80 %) de moins de 32 ans (75 %) et plus jeunes que les autres usagers de drogues : ils ont en moyenne 28 ans et 5 mois, contre 31 ans et 8 mois pour les autres. Pour ces usagers, le sniff est devenu le premier mode d'administration de la cocaïne (62 %). La voie injectable reste néanmoins fréquente (43 %) [9].

Usagers de crack et " free base "

Le crack est consommé quasi exclusivement à Paris, et dans les Antilles-Guyane. En effet, la forme fumable de la cocaïne, *free base*/crack, est apparue d'abord dans les trois départements français d'outre-mer (Guyane, Guadeloupe, Martinique) au milieu des années 80. En métropole, c'est à Paris que le crack fait son apparition en premier, en 1989. L'existence d'une scène ouverte dans le nord de la capitale a servi de plateforme à sa diffusion.

Abstraction faite de Paris et des départements d'outre-mer où la forme fumable de la cocaïne est connue comme étant du crack, sur les autres sites faisant partie du dispositif TREND, ladite forme est connue sous la dénomination de *free base*. Quoique chimiquement identiques, *crack* et *free base* ne sont pas pour autant de simples synonymes. Les deux vocables sont investis de représentations diamétralement opposées. Cette opposition repose sur la différence entre les milieux qui consomment le *crack* et la *base*. Tandis que le *crack* apparaît comme une substance consommée par des usagers très marginalisés socialement, la *base* est rencontrée plus fréquemment dans l'espace festif et consommée par des usagers plus intégrés dans la société. Ainsi dans l'enquête précédemment citée, portant sur l'espace festif "musique électronique" de cinq villes en France, 6,1 % (91/1496) des personnes fréquentant cet espace déclarent avoir consommé du *free base* au cours du mois écoulé [10, 11].

Le profil de l'utilisateur de crack vu dans les structures de première ligne est différent de celui de l'utilisateur de cocaïne vu par ces mêmes services : il s'agit d'un homme plus âgé que la moyenne des usagers de cocaïne (32 ans et demi contre 28 ans et 5 mois), très désocialisé et souffrant de pathologies psychiatriques. Toutefois, l'éventail des consommateurs de crack semble s'élargir avec, en Guyane, l'apparition de consommations dans des milieux plus favorisés et à Paris une frange de nouveaux consommateurs : jeunes précarisés issus du milieu festif ou des jeunes des cités [9].

Bibliographie de l'auteur

1. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), www.ofdt.fr
2. Beck, F., S. Legleye, and P. Peretti-Wattel, Usages de drogues illicites, in Baromètre santé 2005. Premiers résultats., P. Guilbert and A. Gautier, Editors. 2006, Editions CFES: Vanves. p. 49-58
3. Beck, F., S. Legleye, and S. Spilka, Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France - ESCAPAD 2003. 2004, Saint-Denis : OFDT. 251 p.
4. Baudier, F. and J. Arènes, Baromètre santé adultes 1995/1996. 1997, Vanves : Editions CFES. 288
5. Beck, F. and P. Peretti-Wattel, EROPP 99 : enquête sur les représentations, opinions et perceptions relatives aux psychotropes. 2000, Paris : OFDT. 203 p.
6. Beck, F., S. Legleye, and P. Peretti-Wattel, Drogues illicites : pratiques et attitudes, in Baromètre santé 2000. Résultats (vol. 2), P. Guilbert, F. Baudier, and A. Gautier, Editors. 2001, Editions CFES : Vanves. p. 237-274.
7. Beck, F., S. Legleye, and P. Peretti-Wattel, Penser les drogues : perceptions des produits et des politiques publiques. Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les produits psychotropes EROPP 2002. 2003, Paris : OFDT. 227 p.
8. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), Rapport annuel 2005, état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège. 2005, Luxembourg: Office des publications officielles des communautés européennes. 90 p.
9. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Drogues et dépendances, données essentielles. 2005, Paris : La Découverte. 202 p.
10. Bello, P.-Y., et al., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. 6ème rapport national du dispositif TREND. 2005, Saint-Denis : OFDT. 176 p.
11. Reynaud-Maurupt, C., S. Akoka, and S. Chaker, Faisabilité d'une étude quantitative sur les pratiques des substances psychoactives dans l'espace festif "musiques électroniques" : compte rendu intermédiaire, in Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003, P.-Y. BELLO, et al., Editors. 2004, OFDT : Saint-Denis. p. 231-252.
12. Bello, P.-Y., et al., Phénomènes émergents liés aux drogues en 2003. 5ème rapport national du dispositif TREND. 2004, Saint-Denis : OFDT. 277 p.
13. CEIP de Marseille, OPPIDUM, résultats de l'enquête 15 (octobre 2003). 2004, AFSSAPS : Saint-Denis. p. 13

Actualités cliniques

Nouvelles pistes pour la prise en charge de la cocaïne

Dr Dan Véléa*

Dr Frederico Caro**

La prise en charge des patients cocaïnomanes, du moins en France, est restée longtemps le parent pauvre du système de soins spécialisé. Une part importante des usagers restait cachée, soit parce qu'elle n'avait pas recours aux soins, soit parce que la primo-consommation était une autre substance, en majorité l'héroïne. Ors les complications somatiques et psychiatriques de la cocaïnomanie peuvent être sévères pour les usagers réguliers.

Cet article présente un rappel des principales comorbidités et des effets avant d'aborder les modalités thérapeutiques. Le sevrage de la cocaïne utilise essentiellement les benzodiazépines et les antidépresseurs. Des pistes encourageantes se profilent pour les traitements de maintenance bien qu'il n'existe pas de produit de substitution comme c'est le cas pour l'héroïne avec la méthadone et la buprénorphine. L'immunothérapie offre également des perspectives importantes, à quand le fameux vaccin contre la cocaïne ? même si elles se concrétisent ces nouvelles perspectives nécessiteront une réflexion éthique : imagine t'on de vacciner tous les adolescents ? Enfin il faut souligner l'importance des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans le traitement au long cours.

* Psychiatre
Assistant des Hôpitaux de Paris,
Hôpital Marmottan
danvelea@aol.com

** Interne
Hôpital Marmottan

Profil des patients

LA CONSOMMATION DE COCAÏNE est en nette augmentation dans tous les pays européens. Cette augmentation, au-delà d'un *phénomène de mode* passager, s'inscrit de manière durable dans une *évolution culturelle des comportements de consommation* des substances psychoactives. Cette évolution est marquée par le développement de la consommation des psychostimulants, en particulier la cocaïne et le crack, mais aussi les drogues de synthèse empathogènes comme le MDMA, MDA, MBDB (Velea & Hautefeuille, 2002, 2006)^{1,2}.

L'usage des psychostimulants devient ainsi une manière d'adaptation aux réalités économiques, sociales, sociétales et culturelles (Szekely, 1994 ; Velea, 2003)^{3,4}. La recherche de sensations fortes, dans une véritable forme d'addiction aux comportements à risque, se complète d'une dimension de *culte de la performance* (Ehrenberg)⁵. Le dopage, phénomène très répandu dans le monde sportif, est étendu ainsi au domaine du travail et aussi de la performance individuelle (intellectuelle, physique ou sexuelle).

La cocaïne est à l'heure actuelle le psychostimulant de référence pour une catégorie d'usagers très large, qui s'étend de l'étudiant en période d'examen, au cadre très stressé, à l'employé de bureau et des personnes sans emploi. Les dénominateurs communs sont la recherche de sensations (Zuckerman, 1979)⁶, la désinhibition, la lutte contre l'ennui. Le dépassement de soi, l'accroissement de la confiance et de l'estime de soi vient compléter ce profil d'usage.

On assiste ainsi au développement de différents comportements d'usage. En premier lieu, celui récréatif, convivial, à forte acceptation individuelle et sociale, du fait du faible risque d'addiction et des conséquences socio-professionnelles et personnelles minimales. L'usage abusif, par périodes longues et/ou à fortes doses est très répandu. On estime qu'en Europe environ 9 millions de personnes, soit 3% de la population ont essayé la cocaïne, le nombre d'usagers actuels avoisinant les 1,5 millions de personnes. Les dernières statistiques de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) signale ainsi la forte augmentation de cet usage parmi les jeunes.

Les personnes dépendantes à la cocaïne, remplissant les critères du DSM-IV, se retrouvent dans toutes les catégories sociales et dans toutes les classes d'âge. Une évolution importante concerne l'augmentation de la consommation sur un mode addictif de cocaïne chez des anciens héroïnomanes, du fait d'une dégradation de la qualité des opiacés (mauvais produits de coupe, poussières fréquentes, difficultés d'approvisionnement).

On constate aussi l'existence d'une *polytoxicomanie* importante, avec des consommations associées de psychotropes licites et illicites (alcool, tabac, opiacés, cannabis, amphétamines, ecstasy, benzodiazépines). Cette polytoxicomanie représente un obstacle supplémentaire du fait d'une désocialisation accrue, des complications psychopathologiques plus fréquentes, des difficultés à respecter les contraintes du cadre de soin et du risque de rechute important.

Dans le cas d'une polytoxicomanie cocaïne - opiacés, il est nécessaire d'augmenter le dosage efficace des opiacés (jusqu'à 20% dans le cas de la méthadone), du fait d'un effet d'accroissement, par la cocaïne, du nombre de récepteurs opiacés dans le cerveau.

La consommation alcool et cocaïne s'accompagne de l'apparition d'un métabolite actif, le cocaéthylène, fortement addictif et dont la demi-vie est plus longue que celle de la cocaïne.

Un autre aspect remarquable est l'existence de différentes typologies de consommateurs de cocaïne (Ball *et al.*, 1995)⁷.

Selon cette étude, une première catégorie d'usagers présente des facteurs de risque et vulnérabilité plus élevés (histoire familiale, troubles du comportement dans l'enfance, personnalité antisociale, comorbidités psychiatriques) que les usagers de la seconde catégorie, qui ont plutôt un usage convivial, une recherche de stimulations ludiques, récréatives, voir un objectif d'aide et de soutien de la performance (intellectuelle, physique, sexuelle) individuelle. C'est parmi les usagers de la seconde catégorie que nous retrouvons le taux le plus élevé de mésusage et addiction, ainsi que les différentes comorbidités psychiatriques.

mémorisation) et une exacerbation psychosensorielle. Ces phases alternent avec des phases de dépression majeure, un fort ralentissement psychomoteur, une anhédonie et des idées suicidaires.

La consommation chronique de cocaïne peut présenter un tableau de *psychose chronique* qui s'installe progressivement, imprégné par un syndrome de dépersonnalisation (trouble de la conscience de soi), de déréalisation (perte de la notion de réalité), sentiment subjectif d'étrangeté que le sujet ressent de manière angoissante, tableau souvent marqué par un vécu délirant interprétatif ou imaginaire. Certains usagers chroniques de cocaïne peuvent présenter un tableau de *trouble bipolaire* de type I (épisodes dépressifs majeurs et phases maniaques) ou de type II (épisodes dépressifs majeurs et phases hypomaniaques). Ces deux types de trouble bipolaire sont souvent préexistants à l'usage chronique de cocaïne ou d'autres substances psychostimulantes. Chez d'autres patients on constate un trouble bipolaire de type III (épisode dépressif majeur et phase maniaque ou hypomaniaque dont l'apparition est imputable au contexte de consommation de cocaïne ou aux antécédents familiaux).

Comorbidités psychiatriques

Les pathologies psychiatriques résultantes et/ou associées à l'usage de cocaïne (dual diagnosis) sont de plus en plus fréquentes. L'apparition des complications psychiatriques de l'axe I est dépendante de la durée (à court ou à long terme) du comportement d'usage (festif/occasionnel, abusif ou addictif) et des doses. Un autre facteur important est l'existence des troubles de personnalité de l'axe II (personnalité antisociale, trouble de la personnalité limite), qui représentent un facteur prédictif non-négligeable pour l'apparition des troubles mentaux de l'axe I.

Effets de l'usage à court terme

L'usage occasionnel de petites doses de cocaïne (jusqu'à 20 mg) produit divers effets comportementaux : sensation d'euphorie, forte excitation psychomotrice, sentiment d'anxiété ou de panique, une impression d'hypervigilance, une grande volubilité et une désinhibition relationnelle, une réduction des besoins alimentaires (risque d'usage comme coupe faim) et de sommeil (souvent utilisé comme soutien des performances intellectuelles ou sportives). La phase d'excitation psychique s'accompagne de troubles de l'humeur, d'une sensation subjective d'amélioration des performances, diminution de la sensation de fatigue, sudation et douleurs musculaires. Cette phase aiguë est dite de *rush* ; si plusieurs administrations se succèdent sur une période brève, leur arrêt se traduira par une anxiété, voire une dépression, inclinant le sujet à reprendre du produit. Cette phase est dite de *crash* (Richard & Senon, 1996)⁸.

L'usage, même occasionnel, de doses plus importantes (plusieurs centaines de milligrammes), ou de doses moindres

chez des personnes vulnérables (troubles de la personnalité ou antécédents psychiatriques), peut déclencher un trouble psychotique bref (bouffée délirante aiguë) avec des idées délirantes bizarres, à thématiques et mécanismes polymorphes - interprétation, intuition, sentiment de persécution, hallucinations audiovisuelles, forte composante thymique) ; l'agitation devient paroxystique, avec parfois des comportements violents auto-ou hétéro-agressifs.

Dans le contexte de consommation de substances psychoactives ce tableau clinique correspond à une *pharmacopsychose* (Velea, 2005)⁹. Ce terme est défini par :

- une décompensation psychotique déclenchée uniquement, chez un patient sans antécédents psychiatriques, par la prise de toxiques et qui disparaît complètement sous traitement adapté,
- une décompensation psychotique déclenchée par la prise de toxiques chez les psychotiques chroniques stabilisés,
- la décompensation d'une psychose préexistante à l'occasion de la prise de toxiques (L.S.D., cocaïne, cannabis).

Effets de l'usage à long terme

La consommation chronique de cocaïne se traduit par des *troubles de l'humeur* allant des états d'agitation et d'excitation psychomotrice à la dépression profonde, aux attaques de panique, aux comportements violents avec des crises clastiques (qui trouvent une explication partielle dans une stimulation importante des circuits du système de récompense dopaminergique, la forte concentration de dopamine pouvant générer ces comportements violents, agressifs), une altération des capacités cognitives (attention, vigilance,

Complications psychiatriques liées au sevrage de cocaïne

L'usage régulier de cocaïne génère un état de dépendance, d'abord comportemental, aux effets euphorisants et stimulants de la cocaïne, mais aussi neurobiologique, par une sur stimulation des circuits dopaminergiques (Volkov *et al.*, 1997)¹⁰. Chez certains usagers chroniques, la stimulation de ces circuits se traduit assez souvent par un véritable syndrome de déficience de la récompense, qui peut expliquer, au moins partiellement, la recherche immédiate et répétitive d'autres prises de cocaïne. Chez d'autres usagers il apparaît une sensibilisation accrue aux effets défavorables de la cocaïne (Brands *et al.*, 1998)¹¹.

Du fait de nombreux dérèglements neurobiologiques causés par l'usage chronique de cocaïne, le syndrome de sevrage entraîne de l'anxiété, une dysphorie, une fatigue et un état d'épuisement prononcé, une perte des centres d'intérêts avec anhédonie et troubles du sommeil. Dans certains cas, on observe un syndrome dépressif réactionnel, récupérable en quelques jours dans la plupart des cas. Parfois le tableau dépressif présente des signes de gravité (risque suicidaire) nécessitant une hospitalisation dans un milieu protégé et un traitement antidépresseur (souvent par IRS - inhibi-

teurs de la recapture de la sérotonine) pendant plusieurs mois. Une importance accrue doit être accordée à la présence des signes de craving, symptôme qui se trouve souvent à l'origine des rechutes rapides. Des études récentes soulignent le rôle important des comportements impul-

sifs chez des patients usagers chronique de psychostimulants. Cette impulsivité apparaît dans un contexte de déplétion sérotoninergique, probablement par destruction massive des récepteurs de la sérotonine (Wilson & Molliver, 1994 ; Jacobs & Fornal, 1995)^{12,13}.

Évolution de la prise en charge, nouvelles perspectives

La prise en charge des patients usagers chroniques de cocaïne doit répondre à une multitude des facteurs qui sous-tendent cet usage et trouver des solutions adaptées aux problèmes médicaux, biologiques, psychologiques et sociaux. Une situation particulière est celle de l'overdose à la cocaïne, dont le traitement repose sur des mesures de réanimation cardio-vasculaires générales (un exemple de réanimation *brutale* reste l'injection intracardiaque d'adrénaline aujourd'hui abandonnée, comme dans le film *Pulp Fiction*) ; il n'existe pas d'antidote spécifique pour le moment, des études en cours démontrent pourtant un intérêt potentiel du Vaccin anti-cocaïne (cf. infra).

La demande immédiate des patients concerne le sevrage, avec une possibilité de prise en charge ambulatoire ou en intrahospitalier. Cette prise en charge est de médicamenteuse et psychothérapeutiques.

Du point de vue pharmacologique, on distinguera *les traitements de sevrage des traitements d'entretien et de maintien*.

Traitement de sevrage

Il n'existe pas de traitement spécifique pour le sevrage cocaïnique. On traite les manifestations cliniques du sevrage avec des médicaments adaptés aux tableaux cliniques (voir ci-dessus).

1. Anxiolytiques

Les *benzodiazépines* restent les médicaments de référence pour la prise en charge des crises de l'anxiété du sevrage. La prescription de cette classe de médicaments présente un intérêt supplémentaire dans le cas d'une polytoxicomanie. En cas d'association cocaïne et benzodiazépines, pour assurer la prévention d'un sevrage brutal aux benzodiazépines ; en cas d'association cocaïne et alcool pour la prévention des épisodes de sevrage alcoolique aiguë avec crise de delirium tremens. Parmi les benzodiazépines les plus employées on peut citer le Valium® 10 mg x 4 cp/j, Lysanxia® 40 mg x 3 cp/j, Xanax® 0,5 mg à raison de 3 cp/j chez des patients présentant des attaques paniques.

Les neuroleptiques sédatifs de type Tercian® (cyamémazine) sont de plus en plus employés dans une visée anxiolytique. Les doses moyennes sont autour de 50 à 75 mg/j.

2. Antidépresseurs

L'utilisation des antidépresseurs est justifiée par leur action sur les neurotransmetteurs (sérotonine et noradrénaline), qui leurs confèrent des effets utiles pour le traitement des états dépressifs qui accompagnent le sevrage à la cocaïne et pour le traitement de la déplétion en sérotonine, source d'impulsions incontrôlables, qui résultent d'un usage prolongé de la cocaïne.

La prescription des *antidépresseurs tricycliques* a été quasiment remplacée par la prescription des antidépresseurs de type IRS. Pourtant, plusieurs études internationales (Galloway, 1994 ; Nunes, 1995 ; Olivetto, 1995)^{14,15,16} ont examiné l'efficacité des tricycliques, soulignant l'efficacité de l'imipramine et de la désipramine dans le maintien du sevrage et la réduction du craving, surtout chez les patients qui utilisent la voie nasale.

Les *inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine* (IRS) jouent un rôle majeur dans la régulation sérotoninergique. Différentes études constatent que l'usage des IRS permet de diminuer les effets de la cocaïne, renforce le maintien dans le sevrage, diminue le craving et augmente la durée de l'abstinence. Ces molécules présentent aussi, aux doses thérapeutiques des propriétés anxiolytiques.

3. Antipsychotiques

Compte tenu des risques de décompensation psychotiques ou d'autres complications psychiatriques importantes, l'emploi des antipsychotiques atypiques (Zyprexa®, Risperdal®, Solian®, Abilify®), est de plus en plus répandu, les doses et les durées de prescription variant en fonction du type de trouble.

4. Thymorégulateurs

L'apparition des troubles de l'humeur accompagne parfois le sevrage de cocaïne.

Les molécules employées sont de type Dépamide®, Dépakote®. Les sels de lithium sont actifs chez les cocaïnomanes qui présentent des troubles thymiques.

Traitements d'entretien et de maintien

La prescription des traitements médicamenteux employés lors du sevrage peut devenir, à des doses moindres et en fonctions des effets résiduels, une prescription de moyenne ou longue durée. Nous devons toutefois préciser qu'actuellement, il n'existe pas une pharmacothérapie efficace (en comparaison avec les traitements de substitution des opiacés) pour la cocaïne-dépendance, mais les taux de réussite des thérapeutiques à venir ouvre des perspectives encourageantes.

Autres molécules

Il existe d'autres types de molécules qui sont employées pour consolider le sevrage et augmenter les taux de rétention.

Plusieurs molécules (pas encore existante en France) apparaissent dans la littérature internationale (Gorelick et al., 2004 ; Herman et al., 2005 ; Dackis, 2005)^{17,18,19} comme des possibles candidats dans le traitement de la dépendance cocaïnique (Atomoxetine, Aripiprazole, Baclofen, Disulfiram, Modafinil, Ondansetron, Quetiapine, Sertraline, Topiramate, Vigabatrin, Amantadine, Bromocriptine, Buprenorphine, Bupropion, Desipramine, Fluoxetine, Gabapentin, GBR 12909, L-DOPA, Methylphenidate, Naltrexone, Olanzapine, Oxazepam, Progesterone, Propanolol, Triazolam, Venlafaxine, Q10/L-carnitine, Donepezil, Hydergine, Lamotrigine, Paroxetine, Pentoxifyline, Pramipexole, Riluzole, Reserpine, Selegiline, Valproate).

Une des études les plus récente ayant comme objectif l'évaluation de différentes molécules utilisées chez les personnes dépendantes de la cocaïne est le CREST (Clinical Rapid Efficacy Screening Trials), étude conçue et réalisée par le NIDA (National Institut on Drugs Abuse) dont les résultats ont été publiés en 2005 dans un numéro spécial de la revue *Addiction*. L'efficacité de 19 médicaments a été évaluée contre placebo, sur un total de 398 sujets dans 4 villes différentes. Le CREST a retenu la Cabergoline, la Réserpine et la Tiagabine comme les médicaments qui présentent les meilleurs espoirs cliniques.

Nous proposons un bref passage en revue d'autres pistes thérapeutiques envisagées dans le traitement de la cocaïne-dépendance.

- **Régulateurs de dopamine** : ils agissent par un mécanisme identique à celui de la cocaïne - une inhibition de la recapture de la dopamine au niveau des synapses. Ces molécules (Apomorphine, Amantadine, Bromocriptine, Bupropion - Buspar®), diminuent ainsi le craving et permettent un maintien plus long du sevrage.

- Les **agonistes opiacés complets** (méthadone) augmentent d'environ 20% l'usage de cocaïne chez les polytoxomanes. Chez les cocaïnomanes exclusifs on constate une réduction significative du craving et du taux de rétention, résultats superposables avec ceux des **agonistes opiacés partiels** (buprénorphine) ; la plupart des études insistent sur la nécessité d'une évaluation profonde de ces prescriptions, les deux molécules possédant un potentiel addictif propre.

- La prescription de **disulfiram** (une molécule donnant un effet antabuse) donne des résultats intéressants chez les sujets polytoxomanes, en permettant de réduire significativement la consommation de l'alcool et de cocaïne.

- Le **méthylphenidate**, bloque la recapture de la sérotonine et augmente sa concentration dans l'espace synaptique. Cette molécule, dont l'indication est le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), peut, au contraire de l'effet escompté, entraîner une hyperactivité et une augmentation de la consommation de cocaïne.

- Le **BP 897**, est une molécule qui se fixe sur récepteur D3 de la dopamine, diminuant la recherche de la cocaïne chez l'animal de laboratoire. Cette molécule n'entraîne pas de dépendance.

- Le **GBR 12909** (vanorexine) réduit, chez l'animal, l'auto-administration de cocaïne. Cette molécule agit, comme la cocaïne, en inhibant la protéine transporteur de dopamine, bloquant ainsi la recapture de celle-ci. L'affinité pour les transporteurs est 500 fois plus grande que pour la cocaïne et le blocage des transporteurs est plus durable, phénomène qui entraîne une diminution des effets euphorisants de la cocaïne.

- La **protéine delta Fos B**, est une molécule synthétisée au niveau du noyau accumbens (un des trois constituants principaux du système de récompense dopaminergique à côté de l'aire tegmentale ventrale et du cortex préfrontal) suite à l'administration chronique de cocaïne chez le rat. Une des pistes thérapeutique serait une molécule capable de bloquer cette protéine qui accroît la sensibilité neuronale à la cocaïne, favorisant ainsi la dépendance cocaïnique.

Immunothérapie

Depuis les années 80, les scientifiques avancent dans la conceptualisation des drogues comme des toxines. L'immunothérapie, dont l'usage repose sur la création des anticorps spécifiques dirigés vers un corps étranger, apparaît ainsi comme une piste pharmacothérapeutique d'avenir (Kosten & Owens, 2005 ; Bridget et al., 2005)^{21,22}. Les premiers essais concernant l'immunisation comme traitement d'une pharmacodépendance démarrent en 1974 (Bonese et al.)²³, chez des addicts à l'héroïne, mais les résultats furent peu prometteurs. Dans les années 80-90, plusieurs scientifiques (Owens & Mayersohn, 1986 ; Hardin et al., 1998)^{24,25}, commencent à tester les haptènes dont le rôle est de stimuler des anticorps capables de reconnaître des drogues psychostimulants de type PCP-like. Mais la véritable percée vient de la découverte du rôle des anticorps monoclonaux dans le traitement de la dépendance (McClurkin et al., 1993)²⁶.

Il existe deux types d'immunothérapie, active (administration répétée des vaccins combinés drogue-protéine, afin de stimuler la synthèse des anticorps anti-drogue) et passive (administration par voie intraveineuse, sous-cutanée ou intramusculaire des anticorps produits par des animaux de laboratoires qui ont été immunisés par un vaccin combiné drogue-protéine). Un autre aspect important est l'usage actuel des immunothérapies dans un objectif majoritairement thérapeutique, curatif (pour des personnes qui consomment des substances psychoactives et qui manifestent des signes d'intoxication aiguë et/ou chronique) ; l'usage dans un contexte prophylactique (prévention des signes caractéristique d'intoxication) reste une piste de travail prometteuse mais qui pose des problèmes éthiques.

Dans le cas particulier de la cocaïne, les premiers essais (Fox et al., 1997 ; Carrera et al., 2000)^{27,28}, mettent en évidence la production des anticorps spécifiques anti-cocaïne après administration de cocaïne chez les animaux de laboratoire. Ces études ont conduit à la fabrication d'un vaccin. Les anticorps ne traversent pas la barrière hémato-méningée, diminuent la quantité de cocaïne qui passe dans le cerveau. Ce vaccin est dénoué des effets euphoriques, qui ont un rôle addictif important du fait du mécanisme de renforcement positif (Volkow et al., 2000)²⁹. La réduction du passage de la cocaïne dans le cerveau s'accompagne elle aussi d'une absence de renforcement positif. Ainsi, le vaccin joue un rôle dans la diminution du

craving, mais aussi un rôle dans les overdoses cocaïniques.

1. Immunisation active

Chez les rats, les anticorps anti-cocaïne diminuent la distribution neuronale de cocaïne d'environ 25 à 80%, réduisent les effets stimulantes et les effets de renforcement comportemental. Le vaccin Xenova (TA-CD), utilisé dans des essais de phase II (Kosten et al., 2002)³⁰ augmente la quantité des anticorps anti-cocaïne.

2. Immunisation passive

Chez les rats, l'immunisation par anticorps monoclonaux réduit le craving, les effets de renforcement comportemental pour la cocaïne (Carrera et al., 2001)³¹. Certains auteurs envisage l'usage combiné de l'immunisation active (vaccinations répétées) et passive (anticorps monoclonaux administrés à une dose de charge).

La piste des traitements préventifs envisage l'usage de ces nouvelles pistes de l'immunothérapie dans des situations qui restent à définir, aussi bien du point de vue clinique, thérapeutique que déontologique. Ainsi, seraient vaccinés préventivement des adolescents qui présentent des facteurs de risques individuels importants, mais aussi des enfants dont les parents sont eux-mêmes dépendants des psychostimulants (question à l'étude dans les pays anglo-saxons - Kosten & Owens, 2005). Les critiques qu'on peut émettre face à ces nouvelles perspectives concernent son approche exclusivement neuro-biochimique ou neuro-anatomique des problématiques addictives, sans tenir compte des aspects de vulnérabilité individuelles, des facteurs de renforcement comportementaux, du contexte socio-environnemental. On comprend donc que la piste de l'immunothérapie de la cocaïne-dépendance nécessitera un véritable consensus clinique et scientifique avant de pouvoir être mise en œuvre.

Psychothérapie

Les approches psychothérapeutiques de la dépendance cocaïnique s'inscrivent comme une condition sine qua non pour la réussite du sevrage et surtout du maintien de l'abstinence. Il s'agit de psychothérapies de soutien, de psychothérapies d'inspiration analytique et des psychothérapies cognitivo-comportementalistes (TCC). Un rôle très important est celui des thérapies familiales, le soutien **familial** étant un facteur primordial **dans la reconstruction de la personne**, le maintien d'une rétention et d'une abstinence à long terme.

Nous insisterons sur les TCC, thérapies majoritairement citées dans la littérature nord-américaine, dont les auteurs établissent l'efficacité et des taux de réussite très importants.

Une des première méthodes est *l'organisation des contingences* (Higgins, 1996)³². Cette méthode consiste à associer une thérapie de renforcement communautaire (pour améliorer les relations familiales, les activités socio-professionnelles) et une organisation des contingences (bons d'échanges, consistant à acquérir des bons marchands pendant les périodes de sobriété - vérifiée par des analyses urinaires). Cette technique, fait depuis 1998 l'objet d'un consensus publié sous forme de manuel par le National Institute on Drug Abuse - NIDA, *A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach : Treating Cocaine Addiction*.

Les *techniques cognitivo-comportementalistes* (TCC) sont des thérapie de durée brève (12 à 16 sessions échelonnées sur une durée de 12 semaines) qui s'effectuent avec un support d'analyse fonctionnelle des antécédents et des conséquences qui tend à mettre en évidence les croyances et les pensées automatiques du sujet face à la drogue ; cette analyse permet d'établir des stratégies pour faire face (*coping*), pour éviter et gérer les situations à risque. Plusieurs études des années 90 (Marlatt & Gordon, 1995 ; Carroll *et al.*, 1994, 2004) démontrent l'efficacité de ces thérapies à court et long terme^{33,34,35}.

Une autre technique (Azrin *et al.*, 1994)³⁶, propose un entraînement au contrôle du stimulus/réponse antagonique, le contrôle du craving et le contrat social/et du contrat.

Citons également les *entretiens motivationnels*, qui permettent d'aborder le développement des motivations personnelles en renforçant les contradictions entre le comportement et les aspirations du sujet son image de soi³⁷.

- 1 Velea, D., Hautefeuille, M. (2006). Empathogenic agents: Their use, abuse, mechanism of action and addiction potential. In : Farrow, T. F., Woodruff P. W. (Eds), Empathy and Mental Illness. Cambridge University Press
- 2 Hautefeuille, M., Velea, D. (2002). Les drogues de synthèse. Paris : PUF, Que sais-je ?
- 3 Velea, D. (2003). Stress et addiction : usage des psychostimulants et des drogues dans les situations de stress. Thurin, J. M., Baumann N., Stress, pathologie et immunité. 211-223. Paris : Flammarion, Médecine-science
- 4 Szekeley, J. I. (1994). The role of stress in addiction. Opioid Peptides in Substances Abuse. 177-194. Boca Raton : CRC Press
- 5 Ehrenberg, A. (1991). Le culte de la performance. Paris : Calman-Levy
- 6 Zuckerman, M. (1979). Sensation seeking : beyond the optimal level of arousal. New York : Erlbaum Hillsdale
- 7 Ball, S. A. (1995) Subtypes of Cocaine Abusers : Support for a Type A - Type B Distinction. Journal of Consulting & Clinical Psychology. 63, 115-124
- 8 Richard, D., Senon, J. (1996). Aspects pharmacologiques et cliniques. La Cocaine. Toxibase, 2
- 9 Velea, D. (2005). Toxicomanies et conduites addictives. Paris : Ed. Heures de France.
- 10 Volkov, N. et al. (1997). Relationship between subjective effects of cocaine and dopamine transporter occupancy. Nature, 386, 827-830
- 11 Brands, B., Sproule, B., Marshman, J. (1998). Drugs & drugs abuse. A reference text. 3rd edition, Toronto : Fondation de recherche sur la toxicomanie.
- 12 Wilson, M. A., Molliver, M. E. (1994). Microglial response to degeneration of serotonergic axon terminals. Glia, 11, 18-34.
- 13 Jacobs, B. L., Fornal, C. A. (1995) Serotonin and behaviour : a general hypothesis. Psychopharmacology : The fourth generation of progress. 461-469. Bloom, F. E., Kupper, D. J. (Ed.). New York : Raven Press
- 14 Galloway, F. H., Newmeyer, J., Knapp, T., Stalcup, S. A., Smith, D. (1994). Imipramine for the Treatment of Cocaine Addiction & Methamphetamine Dependence. Journal of Addictive Disease, 13, 4, 117-121
- 15 Nunes, E. V., McGrath, P. J., Quitkin, F. M., O'cepek-Welickson, K., Stewart, J. W., Keonig, T., Wager, S., Klein, D. F. (1995). Imipramine Treatment of Cocaine Abuse: Possible Boundaries of Efficacy. Drug & Alcohol Dependence, 39, 185-195
- 16 Oliveto, A., Kosten, T. R., Schottenfeld, R., Falcioni, J., Ziedonis, D. (1995). Desipramine, Amantadine or Fluoxetine in Buprenorphine-maintained Cocaine Users. Journal of Substance Abuse Treatment, 12, 423-428
- 17 Herman, B. H., Elkashef, A., Vocci F. (2005). Medications for the treatment of Cocaine addiction : Emerging candidates. Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies, 2, 1, Spring, 87-92
- 18 Dackis, C. D. (2005). New treatments for cocaine abuse. Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies, 2, 1, Spring, 79-86
- 19 Gorelick, D. A., Gardner, E. L., Xi, Z. X. (2004). Agents in development for the management of cocaine abuse. Drugs. 64, 14 : 1547-1573
- 20 Clinical Rapid Efficacy Screening Trial (CREST). (2005). Addiction. 100. Mar. Suppl 1.
- 21 Kosten, T., Owens, M. (2005). Immunotherapy for the treatment of drug abuse. Pharmacology & Therapeutics, 108, 76 - 85
- 22 Bridget, A., Martell, A. B., Mitchell, E., Poling, J., Gonsai, K., Kosten, T. (2005). Vaccine Pharmacotherapy for the Treatment of Cocaine Dependence. Biological Psychiatry, 58, 2, 158-164
- 23 Bonese, K. F., Wainer, B. H., Fitch, F. W., Rothberg, R. M., Schuster, C. R. (1974). Changes in heroin self-administration by a rhesus monkey after morphine immunization. Nature 252, 708- 710
- 24 Owens, S. M., Mayersohn, M. (1986). Phencyclidine-specific Fab fragments alter phencyclidine disposition in dogs. Drug Metab Dispos, 14, 52- 58
- 25 Hardin, J. S., Wessinger, W. D., Proksch, J. W., Owens, S.M. (1998). Pharmacodynamics of a monoclonal antiphencyclidine Fab with broad selectivity for phencyclidine-like drugs. J Pharmacol Exp Ther 285, 1113-1122
- 26 McClurkin, M. B., Valentine, J. L., Arnold, L., Owens, S.M. (1998). Disposition of a monoclonal anti-phencyclidine Fab fragment in rats. J Pharmacol Exp Ther 266, 1439- 1445
- 27 Fox, B. S., Kantak, K. M., Edwards, M. A., Black, K. M., Bollinger, B. K., Botka, A. J. (1996). Efficacy of a therapeutic cocaine vaccine in rodent models. Nat Med, 2, 1129-1132
- 28 Carrera, M. R., Ashley, J. A., Zhou, B., Wirsching, P., Koob, G. F., Janda, K. D. (2000). Cocaine vaccines: antibody protection against relapse in a rat model. Proc Natl Acad Sci U S A, 97, 6202-6206
- 29 Volkow, N. D., Wang, G. J., Fischman, M. W., Foltin, R., Fowler, J. S., Franceschi, D. (2000). Effects of route of administration on cocaine induced dopamine transporter blockade in the human brain. Life Sci 67, 1507-1515
- 30 Kosten, T. R., Rosen, M., Bond, J., Settles, M., Roberts, J. S., Shields, J. (2000). Human therapeutic cocaine vaccine: safety and immunogenicity. Vaccine, 20, 1196-1204
- 31 Carrera, M. R., Ashley, J. A., Wirsching, P., Koob, G. F., Janda, K. D. (2001). A second-generation vaccine protects against the psychoactive effects of cocaine. Proc Natl Acad Sci U S A, 98, 1988-1992
- 32 Higgins, S. T. (1996). Some Potential Contributions of Reinforcement & Consumer-demand Theory to Reducing Cocaine use. Addictive Behaviors, 21, 803-816
- 33 Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (1995). Relapse Prevention : Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York : Guilford Press
- 34 Carroll, K. M., Roussainville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., Wirtz, P. W., Gawin, F. (1994). One year Follow-up of Psychotherapy & Pharmacotherapy for Cocaine Dependence, Arch Gen Psy, 51, 989-997
- 35 Carroll, K. M., Kosten, T., Rounsaville, B. J. (2004). Choosing a behavioral therapy platform for pharmacotherapy of substance users. Drug and Alcohol Dependence, 75, 123-134
- 36 Azrin, N. H., McMahon, P. T., Donohue, V. A., Besalel, K. J., Lapinski, E. S., Kogan, R. E., Acieron R. E., Galloway, E. (1994). Behaviour Therapy for Drug Abuse : A Controlled Treatment Outcome Study. Behavioral Research & Therapy, 32, 8, 857-866
- 37 Cocaine Use - Recommandation in Treatment and Rehabilitation, 2001, Toronto, Canada <http://www.cds-sca.com>

Biblio plus Toxibase

Pharmacologie

LOWENSTEIN W. ; TAROT J. P. ; PHAN O. ; SIMON P. - **Les drogues. Cannabis, cocaïne, crack, ecstasy, héroïne**. Paris, Librio, 2005, (Coll. Santé, N° 725), 95 p., ann., index.
Référence Toxibase n° 700974

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES ; NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH ; NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE **A collection of Nida Notes. Articles that address research on cocaïne**. NIDA Notes, 2004, (NN0066), 1-99.
Référence Toxibase n° 506046

RAGOUCY-SENGLER C. ; SIMONETTI M. ; KINTZ P. - **Cocaïne chlorhydrate et cocaïne base ou crack : quelles différences ?** Psychotropes, 2003, 9, (2), 9-29.
Référence Toxibase n° 1101205

BOURIN M. - **Bases pharmacologiques de la dépendance à la cocaïne**. La Lettre du pharmacologue, 1995, (6), 128-130.
Référence Toxibase n° 302571

HAMMER R. P. - **The neurobiology of cocaine : cellular and molecular mechanisms**. Boca Raton, Florida, USA, CRC Press, 1995, 255 p.
Référence Toxibase n° 203472

Pathologies

CASTELAIN V. ; LAVIGNE T. ; JAEGER A. ; SCHNEIDER F. - **Manifestations cardiovasculaires des substances récréatives : alcool, cocaïne, amphétamines, ecstasy, héroïne et cannabis**. Réanimation, 2005, 14, (3), 186-195.
Référence Toxibase n° 1301258

GUEROT E. ; SANCHEZ O. ; DIEHL J. L. ; FAGON J. Y. - **Complications aiguës dans l'usage de cocaïne**. Annales de Médecine Interne, 2002, 153, (Suppl. 3), IS27-IS31.
Référence Toxibase n° 1300847

GUIRAUDET O. ; HEMERY Y. ; REVEL F. ; OLLIVIER J. P. - **Cœur et cocaïne**. Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux, 2001, 94, (6), 600-604.
Référence Toxibase n° 803809

BEN DIANE M. K. ; FERONI I. ; PONCET M. ; OBADIA Y. - **Les principaux risques sanitaires associés à l'usage d'héroïne ou de cocaïne par voie intraveineuse**. Presse Médicale, 2000, 29, (8), 453-457.
Référence Toxibase n° 1100591

FERRARO F. ; MASSARD A. ; FERRARO R. **Cocaïne et grossesse**. Archives de Pédiatrie, 2000, 7, (suppl. 2), 285-286.
Référence Toxibase n° 205463

RAGOUCY-SENGLER C. ; CIRIMELE V. ; SIMONETTI M. ; MEVEL G. ; PERIE J.L. ; KINTZ P. **Caractéristiques cliniques de la toxicomanie au crack**. Toxicorama, 1999, 11, (4), 232-239.
Référence Toxibase n° 1300442

SCHLATTER J. ; NESTER G. ; TRYLESINSKI A. - **Le crack : une forme de cocaïne inhalée**. Presse Médicale, 1998, 26, (35), 1695-1698.
Référence Toxibase n° 1100414

ALLEN D.F. ; JEKEL J.F. - **Crack, the broken promise**. London, Macmillan Press, scientific and medical, 1991, 115 p.
Référence Toxibase n° 201453

GUERIN J.M. ; BARBOTIN-LARRIEU F. ; LUSTMAN C. ; AOULA D. - **Complications neurologiques de l'intoxication par la cocaïne**. Le Concours Médical, 1989, 111, (19), 1603-1605
Référence Toxibase n° 303531

Traitement

FAVRAT B. ; CHEVALLEY A.-F. ; MUSSET T. ; COROMA - **Cocaïnomanie**. Flash Addiction, 2002, (4), 1-14
Référence Toxibase n° 206330

SAMHSA ; CSAT - **Assessment and treatment of cocaine-abusing methadone-maintained patients. Kap Keys. Quick guide for clinicians and kap keys**. New York, US Department of Health and Human Services, 2002, 34 p.
Référence Toxibase n° 206502

DALEY D. C. ; NIDA ; NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE ; MERCER D. ; CARPENTER G. **Drug counseling for cocaine addiction: the collaborative cocaine treatment study model**. Rockville, MD, NIDA, 2002, (Therapy manuals for drug addiction, N° 4), 116 p., tabl.
Référence Toxibase n° 505540

STRATÉGIE CANADIENNE ANTIDROGUE ; RON NORTON G. ; WEINRATH M. ; BONIN M. **L'usage de la cocaïne : recommandations en matière de traitement et de réadaptation**. Ottawa, Publications Santé Canada, 2001, 47 p., graph., tabl.
Référence Toxibase n° 700661

WHO ; MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE DEPENDENCE DEPARTMENT ; NONCOMMUNICABLE DISEASE AND MENTAL HEALTH CLUSTER **Management of substance dependence review series : systematic review of pharmacological treatment of cocaine dependence**. WHO/MSD/MSB 00.1, Genève, WHO, 2000, 102 p., fig., tabl., Autre source de publication : http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MS_B_00.1.pdf.
Référence Toxibase n° 208037

PANIKKAR G. P. - **Cocaine addiction : neurobiology and related current research in pharmacotherapy**. Substance Abuse, 1999, 20, (3), 149-163.
Référence Toxibase n° 1000492

NIDA ; NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE ; MERCER D. E. ; WOODY G. E. - **Therapy manuals for drug addiction. An individual drug counseling approach to treat cocaine addiction: the collaborative cocaine treatment study model. Manual 3**. Rockville, MD, NIDA, 1999, 83 p., fig., tabl.
Référence Toxibase n° 505180

MARK D. ; FAUDE J. - **Psychotherapy of cocaine addiction : entering the interpersonal world of the cocaine addict**. New York, London, Jason Aronson Inc., 1997, (Library of Substance and Addiction Treatment), 274 p., index.
Référence Toxibase n° 504928

MEDZERIAN G. - **Crack - Treating cocaine addiction**. Blue Ridge Summit, PA, HSI/TAB Books, 1991, 198 p.
Référence Toxibase n° 502658

Réduction des risques

MEGO ; ESPOIR GOUTTE D'OR ; STEP - **Rapport**

d'évaluation du Kit-Base . Le Kit Base, un nouvel outil pour la réduction des risques. Rapport financé par la Cramif et la Drass d'Ile de France, Paris, EGO, 2004, 56 p., ann., ill.
Référence Toxibase n° 506077

COHEN P. - **Making peace with cocaïne, and advancing from harm reduction to harm refusal**. Foro Social Mundial Tematico Democracia, Derechos Humanos, Guerras y Cultivos de Uso Ilícito, Publié sur Internet : www.cedro-uva.org/lib/cohen.harm.html, Amsterdam, CEDRO, 2003, 5 p.
Référence Toxibase n° 505858

LEBEAU B. - **La réduction des risques à l'épreuve de la cocaïne**. THS La Revue des Addictions, 2002, 4, (13), 737-739
Référence Toxibase n° 700665

HARO J. - **De l'héroïne à la cocaïne : les risques ont-ils été maîtrisés ? L'expérience ethnographique**. Interdépendances, 2001, (42), 15-25
Référence Toxibase n° 1000867

BESSON J. - **La cocaïne : un nouvel obstacle à la politique européenne de réduction des risques**. THS La Revue des Addictions, 1999, 1, (3), 27-30
Référence Toxibase n° 700402

TOUFIK A. - **Du crack au VIH**. Journal du Sida (Le), 1995, (75-76), 22-27.
Référence Toxibase n° 204473

Impact social

POITOU C. - **Ça crack à Stalingrad ! L'histoire d'un groupe de pères contre la drogue**. Paris, Éd. Le Manuscrit, 2004, (Coll. Reportage/Investigation), 250 p.
Référence Toxibase n° 1301139

BROCHU S. ; PARENT I. - **L'initiation à la délinquance chez des consommateurs réguliers de cocaïne**. Annales Internationales de Criminologie, 2004, 42, (1-2), 85-99.
Référence Toxibase n° 506158

LO C. C. - **An application of social conflict theory to arrestees' use of cocaine and opiates**. Journal of Drug Issues, 2003, 33, 237-266.
Référence Toxibase n° 505666

SOULET M. H. ; D'EPAGNIER C. ; ZWAHLN M. ; SEKERA E. ; DEGLON J. J. ; MOECKLI C. ; CHEVALLEY A. F. ; GUENIAT O. - **Faut-il avoir peur de la cocaïne ?** Dépendances / GREAT, 2002, 18, 4-35
Référence Toxibase n° 804192 à 804197

DECORTE T. - **The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities**. Bruxelles, VUB University Press, 2000, (Coll. Criminological Studies), 499 p., graph., index., tabl.
Référence Toxibase n° 1300095

HARTMAN D. M. ; GOLUB A. - **The social construction of the crack epidemic in the print media**. Journal of Psychoactive Drugs, 1999, 31, (4), 423-433.
Référence Toxibase n° 101970

NABBEN T. ; KORF D. J. - **Cocaine and crack in Amsterdam : diverging subcultures**. Journal of Drug Issues, 1999, 29, (3), 627-651.
Référence Toxibase n° 504875

RATNER M.S. - **Crack pipe as pimp. An ethnographic investigation of sex-for-crack exchanges**. New York, Lexington Books, 1993, 248 p.

Référence Toxibase n° 202621

Politique/Géopolitique

Actes des États généraux : crack, errance et poly-toxicomanie : quelles réponses concrètes ? Mairie du 18^e arrondissement et Ville de Paris, 14 juin 2005, Mairie de Paris, 2006, 36 p.

REINARMAN C. ; LEVINE H. G. - **Crack in the rearview mirror : deconstructing drug war mythology.** Social Justice, 2004, 31, (1-2), 182-199. Référence Toxibase n° 506175

DRUCKER E. ; AGAR M. ; BOURGOIS P. ; CURTIS R. ; FRIEDMAN S. R. - **Crack chronicles: special issue.** Addiction Research and Theory, 2003, 11, (1, Special Issue), 1-63. Référence Toxibase n° 901326

BOURGOIS P. - **Crack and the political economy of social suffering.** Addiction Research and Theory, 2003, 11, (1), 31-37. Référence Toxibase n° 901324

BOURGOIS P. - **En quête de respect. Le crack à New York.** Paris, Seuil, 2001, (Liber), 327 p., ill., index. Référence Toxibase n° 505139

HAASEN C. ; KRAUSZ M. - **Myths versus evidence with respect to cocaine and crack: learning from the US experience.** European Addiction Research, 2001, 7, 159-160. Référence Toxibase n° 505244

DELPIROU A. ; MACKENZIE E. - **Les cartels criminels. Cocaïne et héroïne : une industrie lourde en Amérique latine.** Paris, PUF, 2000, (Coll. Criminalité internationale), 240 p., ann., index, tabl. Référence Toxibase n° 1100761

ORGANISATION INTERNATIONALE DE POLICE CRIMINELLE ; INTERPOL - **Rapport sur le trafic de cocaïne dans le monde - 2000, données de 1999.** COCWORLD99, Paris, OIPC, INTERPOL, 2000, 33 p., fig., ill., tabl. Référence Toxibase n° 205984

REINARMAN C. ; LEVINE H. G. ; BOURGOIS P. ; WALDORF D. ; MURPHY S. B. ; ROSENBAUM M. ; GOLDSTEIN P. J. ; BROWNSTEIN H. H. ; RYAN P. J. ; BELLUCI P. ; MORGAN J. P. ; ZIMMER L. ; CHEUNG Y. W. ; ERICKSON P. G. ; MUGFORD S. K. ; COHEN ; P. D. A. ; GLASSER I. ; SIEGEL L. ; DUSTER T. ; NADELMAN E. A. - **Crack in America : demon drugs and social justice.** London, University California Press, 1997, 388 p. Référence Toxibase n° 504721

MENZEL S. H. - **Cocaine quagmire. Implementing the US anti-drug policy in the North Andes-Colombia.** Lanham, University Press of America, Inc., 1997, 213 p. Référence Toxibase n° 205915

MC GREGOR F. E. - **Coca and cocaine: an Andean perspective.** London, Greenwood Press, 1993, (Coll. Contributions in Criminology and Penology, N°37), 155 p., tabl., index. Référence Toxibase n° 1300196

SAULOY M. ; LE BONNIEC Y. - **À qui profite la**

cocaïne? Paris, Calmann-Levy, 1992, 408 p.. Référence Toxibase n° 301852



Outils de prévention

Brochure/Flyer

SFA/ISPA - **La cocaïne : plante sacrée, remède "miracle" et drogue à la mode,** Lausanne, SFA/ISPA, 2005, 4 p.

Référence Toxibase n° 207648
http://www.ispa.ch/Extranet/publication/PublicationUpload/id_cocaine.pdf

KEEP SMILING - **La cocaïne (& le crack).** Lyon, Keep Smiling, 2004, 3 volets. Référence Toxibase n° 700897

TECHNO PLUS - **Cocaïne - Informer, réduire les risques.** Paris, Technoplus, 2002, 6 p. Référence Toxibase n° 901201
<http://www.technoplus.org>

TECHNO PLUS PAYS D'OC - **Cocaïne.** Techno Plus Pays d'Oc, 2000, 3 volets. Référence Toxibase n° 1000744
<http://www.technoplusgrandouest.com/rdr/coke.htm>

INFOR DROGUES ; LIAISON ANTIPROHIBITIONNISTE ; MODUS VIVENDI ; PROSPECTIVE JEUNESSE ; SANTÉ ET ENTREPRISE - **Cocaïne. Une brochure de réduction des risques.** Bruxelles, Modus Vivendi, 2000, 30 p. Référence Toxibase n° 405017

DÉPARTEMENT DU VAL-DE-MARNE ; CENTRES DÉPARTEMENTAUX DE PRÉVENTION MÉDICALE ;



CDPM - **La cocaïne.** Créteil, Conseil Général du Val-de-Marne, (Interventions de santé. Prévention médicale), 2000, 8 p. Référence Toxibase n° 303964

ESPOIR GOUTTE D'OR - **Crack.** Paris, Espoir Goutte d'Or, 1999, 11 p. Référence Toxibase n° 303729

SFA/ISPA - **Les drogues, s'informer pour faire le bon choix : cocaïne, Kokain.** Lausanne, SFA/ISPA, 1999, 4 p. Référence Toxibase n° 303764
http://www.ispa.ch/Extranet/publication/PublicationUpload/id_cocaine.pdf

MILDT ; CFES - **Cocaïne crack ou free base :**



savoir plus, risquer moins. Vanves, CFES, 2001, 8 p. Référence Toxibase n° 700748
http://www.drogues.gouv.fr/fr/pdf/campagne/8_pages_cocaine.pdf

Carte postale



INPES ; MINISTÈRE EMPLOI ET SOLIDARITÉ, **Le crack injecté.** Paris, INPES, Ministère Emploi Solidarité, 2002. Référence Toxibase n° 1101074

Vidéo

GRELLET P. ; HEFEZ S. - **ACCRO Crack.** ACCRO, La Cinquième, Vanves, CFES, 2000, ACCRO, 13 mn. Référence Toxibase n° 700517
GRELLET P. ; HEFEZ S. - **ACCRO Cocaïne.**

Sélection préparée par Marie-Noëlle Surrel

FRANCE

► 19 mai 2006, Nancy

Travail et conduites addictives

Société Française d'Alcoologie
PRINCEPS / SFA, 64 avenue du Général de Gaulle,
92130 Issy-les-Moulineaux
Tél. : (+33) 1 46 38 24 14 ; Fax : (+33) 1 40 95 72 15 ;
Email : princeps.gdumas@wanadoo.fr / Site Internet :
<http://www.sfalcoologie.asso.fr/page.php?choix=A4>

► 22 mai 2006, Paris

Adolescence et identité : Journée de formation de l'Association Sert-Marmottan

Centre Médical Marmottan, Véronique GRENIER -poste 7172
Tél. : (+33) 1 45 74 00 04 / Fax : (+33) 1 56 68 70 38
Programme :
<http://www.hopital-marmottan.fr/formations/formations.php>

► 23 mai 2006, Saint Denis

Séminaire INPES-FFA. Prévention des conduites addictives.

Fédération Française d'Addictologie, INPES
Dr Alain Morel - Le trait d'Union
154 rue du vieux pont de Sèvres, 92100 Boulogne
Tél. : (+33) 1 41 41 98 05 / Email : contact@trait-union.org
Affiche :
<http://www.addictologie.org/images/Annonce%20INPES-FFA.jpg>

► Du 30 mai 2006 au 2 juin 2006, Lyon

29e Congrès national de médecine et santé au travail

<http://www.medecine-sante-travail.com/index.html>
Université Claude Bernard Lyon 1,
Médecine et Santé au Travail, 8 av. Rockefeller, 69373 Lyon
Email : mary-pierre.herrscher@adm.univ-lyon1.fr
Site Internet :
<http://www.medecine-sante-travail.com/index.html>

► Du 6 au 9 juin 2006, Le Touquet

XIVe congrès annuel de la Société Française de Toxicologie Analytique

Société Française de Toxicologie Analytique
Michel LHERMITTE - Tél. : (+33) 3 20 44 49 63
Fax : (+33) 3 20 44 47 29 / Email : mlhermitte@chru-lille.fr
Site Internet : <http://www.sfta.org/manifestations/TOUQUET2006/ACCUEIL%20TOUQUET.htm>

► Du 9 au 10 juin 2006, La Baule

9èmes journées de tabacologie

France-réseau des Acteurs en Tabacologie Ligériens (F.R.A.C.T.A.L.). Société Française de Tabacologie.
Techni Media Services, 45 rue G. Clemenceau - BP 225
85602 MONTAIGU Cedex
Tél. : (+33)2 51 46 48 48 ; Fax : (+33)2 51 46 48 50 ;
Email : contact@technimediaseservices.fr

► Du 14 au 15 juin 2006, Nîmes

4e Carrefour de l'addictologie de terrain

Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie
CCAA, 539B av. Jean-Prouvé - Ville Active, 30900 Nîmes
Tél. : 06 09 65 86 21 / Fax : 04 66 27 88 25 / Email :
jibert@aol.com / Site Internet : <http://www.alcoologie.org>

► Du 15 au 16 juin 2006, Pau

Toxicomanies, addictions : quel(le)s modes de sorties ?

Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie,
ANIT, 9 Passage Gatbois, 75012 Paris
Tél. : (+33) 1 43 43 72 38 / Fax : (+33) 1 43 66 28 38
Email : secretariat@anit.asso.fr
Site Internet : <http://www.anit.asso.fr> / Programme :
http://www.anit.asso.fr/journees/colloque_pau_juin06.php

► Du 16 au 17 juin 2006, Paris

Les séminaires de la SFA. Approche cognitivo-comportementale des problèmes d'alcool

Société Française d'Alcoologie. SFA, Princeps Editions,
64 av. du Général de Gaulle, 92130 Issy Les Moulineaux
Tél. : 06 62 19 72 15 / Fax : (+33) 1 40 95 72 15
Email : princeps.gdumas@wanadoo.fr
Site Internet : <http://www.sfalcoologie.asso.fr>

► Du 19 au 20 juin 2006, Lyon

Colloque Grossesse et Addictions

Association C2A,
Tél. : (+33)4.78.95.13.12 / Email : c2a.formation@free.fr

► 28 septembre 2006, Douai

Addiction et transmission. 8èmes rencontres de l'USID

Unité de Soins et d'Information sur les Drogues du Centre Hospitalier de Douai, USID, 91 rue du Président Wagon, 59500 Douai
Tél. : (+33) 3 27 97 67 94 / Fax : (+33) 3 27 98 01 71 ;
Email : christian.colbeaux@ch-douai.fr

► 2 octobre 2006, Paris

Toxicomanie, maladie mentale et violence : Journée de formation de l'Association Sert-Marmottan

Centre Médical Marmottan, Véronique GRENIER -poste 7172
Tél. : (+33) 1 45 74 00 04 / Fax : (+33) 1 56 68 70 38
Programme :
<http://www.hopital-marmottan.fr/formations/formations.php>

► Du 20 au 21 octobre 2006, Marseille

Avoir 20 ans : La passion des drogues

AMPTA Association Méditerranéenne de Prévention et Traitement des Addictions
(à l'occasion du vingtième anniversaire de l'association)
Contact : Véronique Gonzales
Email : secretariat-direction@ampta.org

ÉTRANGER

► 2 juin 2006, Gand. Belgique.

Démocratie, Villes et Drogues : 2è conférence des réponses locales et participatives en matière de drogues

Thierry Charlois, coordinateur du projet DC&D,
Forum Européen pour la Sécurité Urbaine,

10 rue Liancourt, 75014 Paris.

Tél. : +33 (0) 1 40 64 49 00 ; Fax : +33 (0) 1 40 64 49 10
Email : conference-gent@democitydrug.org, Site Internet :
http://www.democitydrug.org/rubrique.php3?id_rubrique=32#prac