

Modalités du sevrage des consommateurs de crack

Pierre Poloméni / Service d'addictologie, hôpitaux universitaires Paris-Seine-Saint-Denis, site René-Muret, Sevran

Laurent Karila / Centre d'enseignement, de recherche et de traitement des addictions, hôpital universitaire Paul-Brousse, AP-HP, université Paris-Sud 11, CEA-Inserm U1000, Villejuif

Les demandes de soins pour la cocaïne, comme motif principal de consultation, suivent la même trajectoire ascendante que les usages¹. S'il n'existe actuellement aucun traitement pharmacologique validé pour le sevrage, différentes pistes thérapeutiques prometteuses ont cependant émergé². Les principales cibles thérapeutiques à atteindre dans l'addiction à la cocaïne sont l'euphorie, le craving (envie irrésistible de consommer), les manifestations de sevrage, les troubles cognitifs et une abstinence sur une période continue³. Il ne faut pas méconnaître les comorbidités psychiatriques et somatiques dans la prise en charge du patient dépendant.

Liens d'intérêts: Pierre Poloméni et Laurent Karila déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts pour la rédaction de cet article. Leurs observations sont issues de leur pratique clinique et de la bibliographie correspondante.

Nous avons cherché à repérer, pour la population qui consulte ou est hospitalisée dans nos centres (hôpital René-Muret et l'hôpital Paul-Brousse) si l'usage de crack/*free-base* présente des caractéristiques particulières en termes de sevrage. Cette addiction peut s'interrompre selon plusieurs modalités. La plus fréquente est l'arrêt spontané, le plus souvent lié à une non-disponibilité du produit ou à un manque de ressources. Parfois, le sevrage thérapeutique est négocié en ambulatoire et accompagné par un médecin, une équipe de Caarud ou de Csapa. Enfin, dans certains cas, les services hospitaliers assurant des sevrages thérapeutiques complexes accueillent ces patients pour un temps de sevrage, le plus souvent paramétré à 21 jours.

Nous avons interrogé nos équipes et analysé nos attitudes et prescriptions, avec pour objectif principal de repérer les différences entre un sevrage thérapeutique en chlorhydrate de cocaïne (poudre) et un sevrage thérapeutique en crack/*free-base* (caillou ou galette).

Rappelons que, lors de la prise en charge d'un patient usager de substances psycho-actives, nous devons évaluer les difficultés liées à quatre aspects :

- le produit lui-même ;
- les produits adultérants ;
- le mode d'administration ;
- les caractéristiques individuelles et le mode de vie.

Nous aurons à repérer les différences entre chlorhydrate de cocaïne et crack dans ces différents axes.

Le produit lui-même

Le sevrage de la cocaïne en tant que tel est équivalent dans ses différentes formes. Les bilans sanguin, cardiologique (électrocardiographie [ECG], échographie cardiaque, etc.), ORL et radiologique sont relativement bien codifiés. Une prise en charge des troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie), une évaluation et une prise en charge des troubles cognitifs s'imposent dans tous les cas.

La présentation clinique des premiers jours peut différer : le cocaïnoman « poudre » se plaindra de fatigue et de dépression, là où le « crackeur » sera agité, stressé.

¹ Haas C, Karila L, Lowenstein W. Cocaine and crack addiction: a growing public health problem. *Bull Acad Natl Med* 2009;193(4):947-63

² Karila L, Reynaud M, Aubin HJ et al. Pharmacological treatments for cocaine dependence: is there something new? *Curr Pharm Des* 2011;17(14):1359-68

³ Karila L, Reynaud M. Therapeutic approaches to cocaine addiction. *Rev Prat* 2009;59,6:830-4



En termes d'approche pharmacologique du sevrage, aucune thérapeutique n'est validée. Parmi les options possibles, nous citerons par exemple la N-acétylcystéine qui a entraîné une tendance à la réduction du syndrome de sevrage et une réduction du *craving* en cocaïne à des posologies allant de 1 200 à 3 600 mg/j. Ayant très peu d'effets indésirables, il s'agit d'une piste pharmacologique intéressante dans la gestion du syndrome de sevrage⁴. Le modafinil a des propriétés d'activateur glutamatergique qui en font un traitement intéressant pour la dépendance à la cocaïne. Cependant, sa prescription étant limitée à la narcolepsie, il n'est pas possible de le prescrire en France dans ce cadre.

Le disulfirame, antabus utilisé en dernière ligne dans l'alcoolodépendance, est un inhibiteur de la dopamine bêta hydroxylase qui permet une réduction de la consommation, du *craving*, de la dysphorie, et le maintien de l'abstinence². Le topiramate, agent glutamatergique et GABAergique (habituellement utilisé comme anticonvulsivant et en traitement préventif de la migraine), a également permis une réduction

du *craving* et le maintien de l'abstinence pour la consommation de cocaïne². L'aripirazole serait un candidat pharmacologique potentiel. Un essai ouvert a montré une réduction de l'usage et du *craving* en cocaïne chez un petit nombre de sujets dépendants au crack⁵ et à la cocaïne⁶. Une étude en laboratoire a montré que l'aripirazole à la posologie de 15 mg/j augmentait l'auto-administration de cocaïne chez l'homme⁷. À l'heure actuelle, nous ne disposons pas de preuves de l'efficacité de cette molécule. Son effet constaté chez les patients est probablement dû à la prise en compte des pathologies psychiatriques associées (voir plus bas).

Pendant la période de sevrage, l'approche pharmacologique doit être couplée à des entretiens motivationnels.

Enfin, il faut distinguer cette période de sevrage de celle de la prévention de la rechute⁸.

Les produits adultérants

Le chlorhydrate de cocaïne (poudre) contient de nombreux produits adultérants dont la phénacétine*, le lévamisole** avec des conséquences cutanées, ORL, systémiques graves⁹. Ces substances ajoutées sont plutôt moins nombreuses pour le crack (dans lequel, au sens strict, surtout s'il est « basé » directement par le consommateur, on retrouve des traces d'ammoniaque et de bicarbonate de soude). Les résidus d'ammoniaque peuvent cependant

entraîner des lésions ORL et pulmonaires incitant à effectuer un bilan spécifique.

Le mode d'administration

Il est différent entre le crack et le chlorhydrate de cocaïne (même si les deux peuvent s'injecter). La différence au moment du sevrage réside, d'une part, dans l'élaboration autour des rituels (intégrant l'importance de la prise en charge du tabac chez les fumeurs), et, d'autre part, dans la gestion des « pics » de *craving*, plus intenses et précoces chez les « crackeurs ». Des thérapeutiques plus nettement sédatives seront nécessaires. L'oxazépam (Séresta®) 50 mg, par exemple, sera préféré au diazépam (Valium®). Des doses de traitements plus importantes seront souvent nécessaires (pas de rationnel, orientation issue de l'expérience pour l'équipe de l'hôpital René-Muret).

Les caractéristiques individuelles et le mode de vie

La principale différence, représentant un biais ou un constat prioritaire de notre étude, concerne les profils de patients. Les usagers de cocaïne consultent en externe de façon traditionnelle et organisent un sevrage de rupture dans de bonnes conditions. Les patients usagers réguliers de crack sont plus souvent précaires, avec des pathologies somatiques et psychiatriques associées¹⁰, et sont souvent amenés par les équipes des Caarud ou des Csapa.

Une typologie du « cracker » du nord-est parisien est ainsi décrite dans l'étude Coquelicot***: la proportion de femmes est importante (46 % contre 23 % sur l'ensemble des usagers de drogues [UD]); ils sont marqués par une précarité extrême (81 % sont sans emploi, 85 % sans logement stable, 31 % vivent en squat ou dans la rue); 81 % ont au moins un antécédent d'incarcération. L'état de santé des consommateurs de crack est déplorable. Ils souffrent notamment d'infection par le VHC, de problèmes dentaires et de troubles psychologiques (30 % d'antécédents psychiatriques selon l'étude RECAP, OFDT). Les trois quarts des usagers de crack sont en traitement de substitution aux opiacés (TSO). Les usagers de crack consultant au bus méthadone (rapport d'activité de Médecins du Monde, E. Avril), observant une majorité d'hommes plus importante, déclarent plus souvent la prostitution, le deal et le vol que les autres, trois facteurs significativement associés à la consommation de crack. Un autre facteur associé concerne les violences subies. La polyconsommation est la règle (opiacés – avec ou sans TSO –, alcool, cannabis dont l'effet auto-thérapeutique est retrouvé en clinique¹¹, médicaments, etc.).

⁴ Les options pharmacologiques actuelles dans la dépendance à la cocaïne par Laurent Karila et Michel Reynaud. Centre référence cocaïne (Certa), hôpital universitaire Paul-Brousse (Villejuif). SWAPS 58

⁵ Vorspan F, Bellais L, Keijzer L, Lépine JP. An open-label study of aripiprazole in non-schizophrenic crack-dependent patients. *J Clin Psychopharmacol* 2008;28(5):570-2

⁶ Meini M, Moncini M, Cecconi D et al. Aripiprazole and ropinirole treatment for cocaine dependence: evidence from a pilot study. *Curr Pharm Des* 2011;17(14):1376-83

⁷ Haney M, Rubin E, Foltin RW. Aripiprazole maintenance increases smoked cocaine self-administration in humans. *Psychopharmacology (Berl)* 2011;216(3):379-87

⁸ Vocci FJ, Montoya ID. Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22,3:263-8

⁹ Magliocca KR, Coker NA, Parker SR. The head, neck, and systemic manifestations of levamisole-adulterated cocaine use. *J Oral Maxillofac Surg* 2013;71(3):487-92

¹⁰ Delpech B. Dépendance au crack, quelles interventions spécifiques? *Swaps* 2006;44

¹¹ Labigalini E Jr, Rodrigues LR, Da Silveira DX. Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. *J Psychoactive Drugs* 1999;31(4):451-5

* Médicament analgésique utilisé entre 1950 et 1980, aujourd'hui supplanté par le paracétamol, beaucoup moins toxique

** Agent vermifuge utilisé en particulier contre certains parasites des volailles et des pores

*** Étude Coquelicot, Marie Jaujret-Roustide, InVS, citée dans Swaps 49

Dans une enquête portant sur les Caarud, on peut estimer qu'environ 8 000 individus suivis en France sont usagers de crack¹². On retrouve une forte concentration à Paris (71 % d'entre eux). La dernière enquête de ce type, effectuée en 2010, retrouve des chiffres équivalents (23 % des usagers sont consommateurs de crack).

Conclusion

Le temps de l'accès aux soins, intégrant les aspects sociaux, psychiatriques, médicaux et la polyconsommation, représente un long travail en amont du sevrage et tend à caractériser la prise en charge des usagers de crack.

À l'hôpital, la « gestion » de la précarité prend beaucoup de place : quelle curieuse situation que d'être soudainement, après des mois de rue et de galère, dans cet environnement chaud, apaisé où l'utilisateur échoue, perdu, tendu, désirant pourtant... oscillant entre agressivité et découverte. Sur le plan diagnostique, il faut essayer de comprendre ce qui a précédé ou accompagné la consommation, faisant le lit des diagnostics psychiatriques. La prise en

compte des co-consommations et des TSO pris de façon « atypique » représente une autre part du travail médical. Sur un plan thérapeutique, aucun traitement n'a d'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication¹³. Le diagnostic et le traitement des problèmes de santé physique (hépatite C, VIH, problèmes cutanés, ORL, dentaires, pulmonaires, cardiologiques, neurologiques) et psychiatriques peuvent impliquer un investissement important de l'équipe soignante.

La prévention de la rechute et la prise en compte de l'addiction au crack passent par la thérapie cognitive et comportementale (TCC) volontiers efficace chez ces patients (donner des outils pour éviter une reprise, faire des choix, etc.), davantage que la psychothérapie traditionnelle, difficile à maintenir face au lourd passé de ces patients et à leurs fuites. Un manuel en langue française, adapté du travail fait par le NIDA, est disponible pour les acteurs de santé¹⁴. La TCC sert de plate-forme efficace pour les pharmacothérapies utilisées.

Enfin, ces usagers posent à l'hôpital la question de leur intégration dans un groupe de patients, de par leur profil et de par la force de leurs manifestations de *craving*.

¹² ENa Caarud : enquête une semaine donnée en novembre 2006, résultats provisoires sur 4 600 fiches : 14 à 15 % de la population suivie par les Caarud consomment du crack

¹³ *Prise en charge des consommateurs de cocaïne. HAS, service des bonnes pratiques professionnelles. Recommandations, février 2010*

¹⁴ Karila L, Reynaud M. *Guide pratique de thérapie cognitive et comportementale dans l'addiction à la cocaïne et aux psychostimulants. Éditions Lavoisier, 2012*

Estimation du nombre d'usagers de crack en France métropolitaine

Eric Janssen / OFDT

Même si la consommation de crack est rare, le décompte des usagers demeure un objectif de santé publique d'autant plus sensible qu'ils se caractérisent par leur grande précarité et leur mise à l'écart des circuits traditionnels de prise en charge sanitaire. En l'absence de donnée fiable, leur nombre ne peut être estimé que de manière indirecte.

Deux sources sont exploitables à cette fin : le Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP), dispositif d'information continu permettant d'étudier les caractéristiques des patients accueillis dans les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa)¹ ; et le décompte annuel des usagers

actifs de drogues reçus dans des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (Caarud)². Le nombre total d'usagers de crack effectivement vus au travers de ces deux types de structures varie de 8 500 à 11 400 individus en 2008, selon le degré de recoupement considéré des deux sources (on estime à 340 000 le nombre de consommateurs de cocaïne dans l'année [soit 0,9 % des 18-64 ans d'après le Baromètre santé 2010]).

Cependant, les différences d'effectifs constatées entre ces sources laissent supposer l'existence d'une population échappant au décompte. La méthode dite « capture-recapture » peut être utilisée pour cette estimation³. Il s'agit d'une modélisation mathématique partant du constat de la présence ou de l'absence des usagers de drogues dans chacune des sources, analysant les recoupements entre sources et extrapolant la population cachée, celle qui n'est vue par aucune des sources. Cette méthode aboutit à une estimation comprise entre 15 400 et 20 000 individus, soit une prévalence de moins de 0,1 % des 15 à 64 ans.

Les données anonymisées provenant de ces deux sources ne permettent pas d'avancer de résultats selon l'âge ou le sexe. Faute de collectes d'information fiables, ces estimations sont indisponibles pour les Antilles-Guyane, où l'usage de crack est pourtant répandu.

¹ Palle C, Vaissade L. *Premiers résultats de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCA en 2005. Tendances 2007*; 54 : 6 p.

² Chalumeau M. *Les Caarud en 2008. Analyse nationale des rapports d'activité ASA-Caarud. Saint-Denis : OFDT, 2010* : 22 p.

³ Bishop YMM, Fienberg SC, Holland PW. *Discrete multivariate analysis: theory and applications. New York : Springer, 2007* : 557 p.
Voir aussi : Pousset M. (Dir.) *Cocaïne, données essentielles. Saint-Denis : OFDT, 2012* : 232 p.