



PRÉVENTION

TRAITEMENTS

VIVRE
AVEC
LE
VIH

ÉPIDÉMIOLOGIE

HÉPATITES
ET ISTÉCONOMIE
DE LA
SANTÉDROGUES
ET RDR

23 juillet 2013

Crack — Modalités du sevrage des consommateurs de crack

Les demandes de soins pour la cocaïne, comme motif principal de consultation, suivent la même trajectoire ascendante que les usages. S'il n'existe actuellement aucun traitement pharmacologique validé pour le sevrage, différentes pistes thérapeutiques prometteuses ont cependant émergé. 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 continue. Il ne faut pas méconnaître les comorbidités psychiatriques et somatiques dans la prise en charge du patient dépendant.

Par **Pierre Poloméni**, Psychiatre addictologue, **Laurent Karila**, Hôpital Paul Brousse, Villejuif.

CRACK DÉPENDANCE SEVRAGE SWAPS SWAPS 70

Cet article a été publié dans le [Swaps n°70](#) qui propose un dossier spécial consacré au « Crack »

Nous avons cherché à repérer, pour la population qui consulte ou est hospitalisée dans nos centres (hôpital

POUR POURSU IVRE LA LECTUR E

6 janvier 2022

Prise en charge des usagers de cocaïne et crack au Canada : Ret d'expérience

4 janvier 2022

De quoi le crack est-il nom?

4 janvier 2022

L'expression des attentes et des besoin des usagers de crack

21 décembre 2021

Crack, la RdR au poin mort

DANS LA MÊME

René-Muret et l'hôpital PaulBrousse) 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.

CATÉGO RIE - DROGUE S ET RDR

7 avril 2022

**Jean-Luc Mélenchon
France insoumise)**

28 mars 2022

**Yannick Jadot (Pôle
écologiste)**

28 mars 2022

**Anne Hidalgo (Parti
Socialiste)**

28 mars 2022

**Nathalie Arthaud (Lut
Ouvrière)**

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

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 1200 à 3600 mg/j. Ayant très peu d'effets indésirables, il s'agit d'une piste pharmacologique intéressante dans la gestion du syndrome de sevrage¹. 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, antabuse 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 cocaïne³. L'aripiprazole 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 crack⁴ et à la cocaïne⁵. Une étude en laboratoire a montré que l'aripiprazole à la posologie de 15 mg/j augmentait l'auto-administration de cocaïne chez l'homme⁶. A 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 rechute⁷.

Les produits adultérants

Le chlorhydrate de cocaïne (poudre) contient de nombreux produits adultérants dont la phénacétine*, le lévamisole** avec des conséquences cutanées, ORL, systémiques graves⁸.

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 associées⁹, 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 clinique¹⁰, médicaments, etc.).

Dans une enquête portant sur les Caarud, on peut estimer qu'environ 8000 individus suivis en France sont usagers de crack¹¹. 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.

A 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 indication¹². 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 santé¹³. 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*.

Bibliographie

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

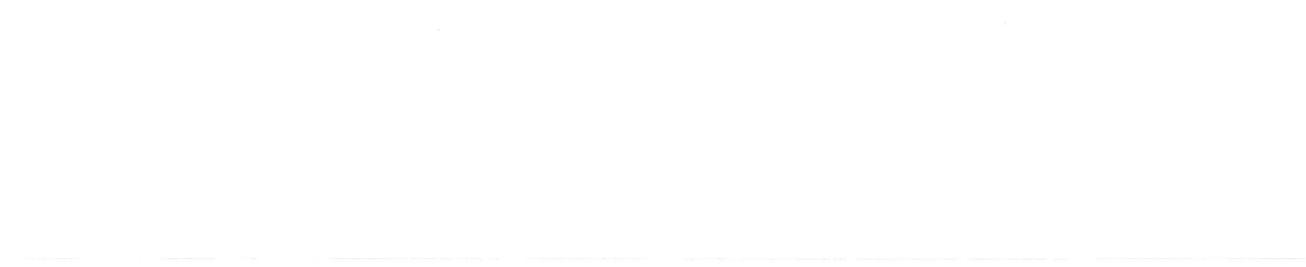
Karila L, Reynaud M, Aubin HJ et al. Pharmacological treatments for cocaine dependence: is there something new ? Curr Pharm Des 2011;17(14):1359-68

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

* 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 porcs

*** Etude Coquelicot, Marie Jauffret-Roustide, InVS, citée dans Swaps 49



Les femmes dans les essais

Avec ou sans protocoles de soins, cliniques: des situations différentes au Nord et au Sud, des changements indispensables partout

vih.org

- ↳ [L'avis scientifique VIH 2019](#)
- ↳ [Credits](#)
- ↳ [Ménopause à gaiter](#)
- ↳ [LAG](#)
- ↳ [Carte des COUJOU](#)
- ↳ [Notre blog noir](#)
- ↳ [Nos affiches](#)
- ↳ [Swaps in English](#)
- ↳ [RSS](#)

Nos partenaires

- ↳ [Aides](#)
- ↳ [ANRS](#)
- ↳ [Centre de santé sexuelle](#)

Ils nous

soutiennent

- ↳ [L'Unité de soins](#)
- ↳ [Unité d'Accueil de la Santé](#)
- ↳ [AMZ](#)
- ↳ [Abi Vie](#)
- ↳ [Historique de l'apui b](#)
- ↳ [Gilead](#)
- ↳ [CSP](#)
- ↳ [Indivira](#)
- ↳ [Imovero](#)
- ↳ [MSD](#)
- ↳ [Santox](#)
- ↳ [Santel](#)
- ↳ [Veh](#)
- ↳ [VIV Health care](#)

