

Troubles de l'usage de cocaïne : **accompagnements actuels** **et perspectives thérapeutiques**





SOMMAIRE

Préface / P.4

Une approche globale de la personne combinant traitements médicamenteux et non-médicamenteux selon les objectifs de soins / P.5

L'importance des objectifs de soins / P.5

Un plan de soins personnalisé / P.6

L'accompagnement dans le cadre d'un parcours de soins / P.7

Les innovations de l'organisation des soins autour du traitement de l'addiction à la cocaïne / P.10

Les outils thérapeutiques existant / P.12

Les outils médicamenteux / P.12

Les outils non médicamenteux / P.13

Préface

Ce document est l'un des livrables du projet AIPAUC (Améliorer l'information, la prévention et l'accompagnement des usagers de cocaïne) que la Fédération Addiction a piloté entre 2020 et 2023, avec le soutien du Fonds de lutte contre les addictions.

Il présente les constats et propositions d'un groupe de travail réunissant des professionnels¹ travaillant avec des personnes utilisatrices de cocaïne : médecins généralistes, psychiatres, psychologues, professeurs d'addictologie, cadres du médico-social, infirmiers, pair-aidants. Il a pour objectif de partager les données scientifiques actuelles et des expériences issues du terrain afin d'être une ressource pour l'ensemble des professionnels et usagers-pairs pouvant être amenés à accompagner des personnes utilisatrices de cocaïne dans le cadre d'un projet de soins. Ce guide est né du constat d'un manque de ressources spécifiques pour les traitements, médicamenteux ou non, de l'addiction à la cocaïne. Cette faiblesse était déjà soulignée dans les recommandations de la Haute autorité de santé sur la prise en charge des consommateurs de cocaïne publié en 2010. Il relevait néanmoins quelques avancées prometteuses qui, pour beaucoup, se sont confirmées depuis alors que d'autres apparaissaient entre-temps. Ce sont bien ces avancées qu'il s'agit de partager.

Ce document est le résultat des discussions d'un groupe de travail et de retours d'expériences du terrain. Il ne revendique pas d'être une revue systématique et ne prétend pas à l'exhaustivité des options thérapeutiques prometteuses dans le traitement de l'addiction à la cocaïne. Il se veut pratique en mentionnant des approches expérimentées et qui peuvent être proposées assez aisément.

Certains des traitements médicamenteux présentés ici ne font pas l'objet d'autorisation dans l'indication « trouble de l'usage de cocaïne ». Leur prescription est donc possible mais engage la responsabilité du médecin dans une estimation du rapport bénéfice/risque partagée avec le patient. Pour mémoire, « si la prescription et la dispensation hors AMM sont possibles, elles doivent demeurer exceptionnelles et dans l'intérêt des patients,

en l'absence d'alternative thérapeutique médicamenteuse appropriée, et uniquement si elles sont considérées comme indispensables à l'amélioration ou la stabilisation de l'état clinique² ». Il s'agit en effet d'expériences prometteuses mais qui, en l'absence actuelle d'AMM, ne peuvent faire l'objet de recommandations formelles. Elles peuvent en revanche nourrir la réflexion partagée médecin/patient dans la définition du projet de soins.

De la même façon, l'indication ou la réalisation d'une psychothérapie expérimentale, qui n'aurait pas fait la preuve de son efficacité pour des patients consommant de la cocaïne, engage tout autant la personne qui la pratique sur le plan éthique.

Pour les cliniciens qui souhaiteraient dépasser une simple pratique d'exception et contribuer à une validation, il est possible d'inscrire l'expérimentation d'outils thérapeutiques présentés ici dans le cadre d'un essai clinique respectant les bonnes pratiques de la recherche clinique³. La Fédération Addiction milite en effet pour que la recherche interventionnelle puisse sortir des seuls laboratoires et des CHU pour s'ouvrir à d'autres espaces comme les CSAPA. Si vous souhaitez tester une nouvelle approche de prise en charge, n'hésitez pas à vous rapprocher d'une unité de recherche clinique en CHU pour monter un essai clinique.

Ce document propose d'étudier les outils thérapeutiques pour les personnes utilisatrices de cocaïne autour de quatre axes : la définition des objectifs de soins, les outils thérapeutiques existants, l'organisation des soins autour du traitement de l'addiction et les expérimentations prometteuses. Pour plus d'informations sur l'ensemble des outils présentés ici, ou pour être redirigé vers des personnes référentes sur ces outils, vous pouvez contacter la Fédération Addiction par mail à **infos@federationaddiction.fr**

1. Voir composition du groupe en dernière page.

2. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/fiche_memo_prescription_et_delivrance_hors_amm.pdf

3. <https://ansm.sante.fr/documents/referance/reglementation-relative-aux-essais-ou-investigations-cliniques>

Une approche globale de la personne combinant traitements médicamenteux et non-médicamenteux selon les objectifs de soins

■ L'importance des objectifs de soins

Dans toute recherche d'alliance thérapeutique, la définition d'objectifs de soins est particulièrement importante. Ces objectifs peuvent aller de la réduction des risques à l'abstinence selon les souhaits des patients. Il est donc important de définir avec eux des objectifs de soins réalistes en phase avec leurs attentes. Cela peut être une approche de réduction des risques sans objectif de réduction des consommations, une gestion ou une réduction des consommations, une psychothérapie pour contrôler des vulnérabilités, une aide au logement, etc. Les objectifs de soin sont différents selon le moment de la rencontre entre le professionnel et le patient : objectifs immédiats, objectifs à plus long terme... Mais aussi selon le lieu des soins : en consultation individuelle en centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou en soins résidentiels par exemple. En particulier, dans des structures accueillant des groupes de patients, la gestion des consommations pour certains quand d'autres sont sur des objectifs d'abstinence peut être compliquée à organiser. Ceci peut entraîner certains centres de soins à se spécialiser sur une

seule approche : orientée vers l'abstinence ou non. Un même patient peut ainsi recourir à des établissements divers pratiquant une politique de soins ayant des orientations différentes à différents moments de son parcours.

En complément des modalités habituelles de prise en soin des addictions, soutien psychologique, suivi social, la demande sera fréquemment faite d'un accompagnement au sevrage, éventuellement en milieu hospitalier. La règle générale est qu'une hospitalisation pour sevrage de cocaïne doit se décider conjointement entre patient et médecin et répondre à une indication précise : sevrage de cocaïne, abstinence temporaire, traitement d'une comorbidité addictologique, médicale ou psychiatrique. La dépendance à la cocaïne n'est pas une indication d'hospitalisation sans consentement (SPDT ou SDRE)⁴ sauf en cas de pathologie psychiatrique qui combine une dangerosité immédiate et une incapacité à consentir aux soins.

4. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-04/fiche_memo_-_aide_a_la_redaction_des_certificats_et_avis_medicaux_dans_le_cadre_des_soins_psychiatriques_sans_consentement.pdf

■ Un plan de soins personnalisé

Les stratégies seront différentes selon le public. Des stratégies spécifiques peuvent ainsi être explorées dans le cas de consommation de cocaïne chez les jeunes, en contexte festif, au travail, dans le cadre de relations sexuelles ou encore dans divers groupes sociaux ou selon le genre. La place et le rôle des usages de cocaïne dans ces différents modes de socialité devront être évalués pour anticiper l'éventuel impact difficile d'une réduction ou d'un arrêt des consommations et permettre la mise en œuvre d'actions spécifiques selon les publics.

Chaque patient avec qui s'élabore un plan de soins doit bénéficier d'une évaluation globale de l'ensemble de ses addictions (notamment comportementales : sexe, achats, jeu...), de son état de santé physique et psychiatrique, de sa situation sociale, afin de se voir proposer la prise en charge la plus adaptée possible. En particulier une attention spécifique doit être portée aux complications médicales de l'usage de cocaïne et aux comorbidités psychiatriques très fréquemment associées car elles peuvent être aussi bien des facteurs causaux (trouble bipolaire, état de stress post-traumatique...) que des conséquences (attaques de panique, « parano », dépression...) des usages et troubles de l'usage de cocaïne. C'est essentiel car ces troubles psychiatriques associés peuvent bénéficier de traitements adaptés qui concourront à une évolution favorable du trouble de l'usage (TU) de cocaïne.

La question des polyconsommations

Les consommateurs de cocaïne sont en très grande majorité des polyconsommateurs. Pour beaucoup d'entre eux, ils consomment de l'alcool et du tabac. Dans ces cas, la prise en compte de l'alcool permet de travailler sur la cocaïne notamment quand la cocaïne « sert à mieux tenir l'alcool ». Certains utilisent des opiacés pour gérer la descente. Il y a aussi des polyconsommations de benzodiazépines avec le crack pour certains usagers. Ces différents utilisateurs illustrent le besoin d'objectifs personnalisés.

Il en va de même avec les addictions comportementales quand, par exemple en cas d'addiction sexuelle, la cocaïne « sert à booster les capacités ».

L'accompagnement dans le cadre d'un parcours de soins

Parmi les participants au groupe de travail se trouvaient des personnels de différents types de structures : CSAPA, CAARUD (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues), services hospitaliers de court séjour, souvent en lien avec des SMRA (soins médicaux et de réadaptation en addictologie).

Les professionnels ont présenté certaines modalités de soin ou d'accompagnement ayant prouvé leur efficacité (au moins pour certains patients). Celles-ci comprennent notamment les hospitalisations temps plein, de durée variable, permettant d'atteindre des objectifs d'abstinence temporaire ou prolongée. La possibilité de prolonger ces hospitalisations par des séjours, en SMRA ou en CTR (centres thérapeutiques résidentiels) a été jugée utile par tous les participants, en particulier pour les patients utilisateurs de crack ou de cocaïne injectée.

Ces données empiriques rejoignent celles de la recherche⁵ qui suggèrent que la dépendance à la cocaïne est essentiellement une dépendance sous influence d'où sa consommation préférentielle sous forme de « binge » : quand le sujet a commencé à consommer et qu'il est sous l'influence du produit, il ne peut plus arrêter tant qu'il en a. D'où l'intérêt majeur d'essais de mise à distance du produit.

Des séjours de sevrage devraient donc être étudiés assez systématiquement avec les usagers dépendants de cocaïne, en accord avec leur projet et leurs désirs. Il est à noter qu'en cas de troubles sévères de l'usage, notamment pour les usagers utilisant des voies d'administration rapide (intraveineuse ou fumée), comme les usagers de crack, les manifestations de sevrage peuvent être intenses

y compris avec des troubles cognitifs, et nécessiter un temps de séjour plus long de réhabilitation après sevrage.

Quand l'accompagnement en ambulatoire n'est pas suffisant pour avoir une bonne efficacité et assurer de bonnes conditions de sécurité, une hospitalisation temps plein en service d'addictologie pourra être nécessaire et permettra aussi le traitement des co-addictions, des complications médicales et des comorbidités psychiatriques.

Elle peut être également l'occasion d'introduire un ou des traitements médicamenteux et de bénéficier de prises en charge psychothérapeutiques spécifiques pendant le séjour.

L'hébergement est un levier thérapeutique important. Ces dernières années, différents dispositifs sur l'hébergement ont vu le jour ou sont en projet. En particulier, des dispositifs d'hébergement non conditionnés par l'abstinence, décrits par les professionnels médico-sociaux comme une étape utile et souvent manquante dans le parcours de soins des usagers.

La place du médecin généraliste comme pivot tout au long de la prise en charge a été notée par certains participants, en dehors de situations trop complexes. Pour en savoir plus sur la place du médecin généraliste dans le suivi, vous pouvez consulter le document sur la prévention rédigé dans le cadre du projet AIPAUC. Il semble important de rappeler que la grande majorité des patients insérés socialement, dépendants de la cocaïne, solliciteront leur médecin généraliste en première intention et que cet appui sera souvent décisif.

| 5. <https://anr.fr/Project-ANR-19-CE37-0013>

Les acteurs spécialisés soulignent la nécessité d'un engagement mutuel (patient/équipe) au long cours, les suivis en structures médico-sociales d'addictologie s'étalant généralement sur plusieurs années. Ces prises en charge peuvent parfois être facilitées par des

case-managers pour éviter les ruptures de parcours de patients complexes qui, du fait de troubles cognitifs et/ou d'une pathologie mentale, ont du mal à organiser leur parcours de soins de façon autonome.

Le dispositif de soins résidentiels en addictologie⁶

Les centres thérapeutiques résidentiels / CSAPA résidentiels (CTR) : Ce sont des établissements médico-sociaux. Ils proposent une prise en charge individualisée, dans une dynamique collective, au sein d'une petite unité contenant et sécurisante, avec le plus souvent un objectif d'abstinence. Les prestations individualisées sont mises en œuvre et accessibles sur le lieu de résidence. Les CTR s'adressent à des personnes en démarche de soin par rapport à leur dépendance lorsqu'un accompagnement ambulatoire paraît insuffisant. Ils sont indiqués aux personnes préalablement sevrées ou stabilisées, pour des séjours de maximum un an.

Les communautés thérapeutiques (CT) : Ce sont des établissements médico-sociaux. Ils proposent une prise en charge fondée sur le groupe résidents-pairs comme moteur du soin et d'entraide. Un soutien individuel ponctuel ou régulier est cependant possible. Les CT s'adressent à des personnes dont la démarche de soin en ambulatoire s'avère insuffisante ou non pertinente, en particulier lorsqu'un cadre sécurisant et contenant apparaît nécessaire pour un temps suffisamment long permettant la restauration d'habiletés sociales. Les CT accueillent des personnes préalablement sevrées ou stabilisées pour

des séjours jusqu'à deux ans. Généralement, ils ne sont pas en mesure d'accueillir des patients présentant des comorbidités psychiatriques ou médicales nécessitant la présence de personnel médical ou paramédical sur place.

Les appartements thérapeutiques (AT) : Ils sont gérés par des équipes médico-sociales de CSAPA. Ils visent à l'inscription sociale du patient et le renforcement de son identité. Le séjour permet à la personne suivie, dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique, médicale, psychologique et éducative, de reconquérir et/ou de mettre à l'épreuve en autonomie et de restaurer des liens sociaux. L'accueil en AT peut se faire à la suite d'un sevrage ou après un séjour en CT et CTR pour des séjours en général jusqu'à deux ans.

Les soins médicaux de réadaptation en addictologie (SMRA⁷) : Anciennement nommés SSRA (soins de suite de réadaptation en addictologie), ce sont des établissements médicaux, publics ou privés. Ils sont indiqués pour des séjours de quatre semaines à trois mois pour des personnes majeures ayant une conduite addictive et présentant des conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques et sociales nécessitant des soins ou de la rééducation. Les SMRA proposent des activités de prise en charge individuelle, de groupe ainsi que des animations de loisirs.

6. Les dispositifs de soin résidentiel médico-sociaux, panorama, Fédération Addiction, 2022.

7. Décrets 2022-25 et 2022-24 du 11 janvier 2022

Quelques dispositifs d'hébergement intéressants

Dispositif Phase : Hébergement semi-collectif type ACT, à destination de consommateurs actifs de drogues en situation de précarité sociale

Dispositif ASSORE : Hébergement hôtelier individuel dédié aux consommateurs de crack en situation d'errance, dans le Nord-est parisien.

Un chez soi d'abord : Le dispositif Un Chez Soi d'abord, permettant l'hébergement de patients avec pathologie psychiatrique sévère et trouble addictif, comme préalable à l'entrée dans les soins, a été plébiscité par les membres du groupe. Ce dispositif répond d'abord à un besoin social et facilite le main-

ten dans les soins addictologiques. Les personnes accueillies sont logées mais libre de faire ce qu'elles souhaitent lors de la journée, elles peuvent donc continuer à consommer. Le dispositif « Parcours » permet l'hébergement collectif au long cours, non conditionné par l'abstinence, de patients ne présentant pas de comorbidité psychiatrique mais une addiction sévère a été présentée dans le groupe.

Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) : Ces dispositifs sont destinés aux personnes qui souhaitent se réinsérer, qu'ils soient concernés ou non par une addiction.

Les CSAPA résidentiels (CTR) permettant une gestion des consommations d'alcool.

Pour les patients dépendant de la cocaïne les plus sévères, les professionnels présents dans le groupe ont pointé la nécessité de mettre en place des organisations de soins innovantes, en particulier, pour combler des défauts de maillage du dispositif de soins et médico-social qui peuvent conduire à des ruptures de suivi pour certains patients.

Ont notamment été évoqués :

- Des dispositifs destinés spécifiquement aux femmes avec des capacités de traitement de troubles stress post-traumatique (TSPT),
- Des dispositifs d'hébergement qui ne conditionneraient pas l'hébergement au maintien de l'abstinence.
- Des lits infirmiers de type LAM/LHSS (Lits d'accueil médicalisés/lits halte soins santé)

permettant à des patients en situation de grande précarité nécessitant des soins infirmiers mais ne relevant pas de l'hospitalisation aiguë de bénéficier sur un même lieu d'un hébergement, et de propositions thérapeutiques adaptées à leur(s) addiction(s).

Parmi les approches relevant de la réduction des risques, une étape attendue par les différents membres du groupe est l'ouverture de nouvelles HSA (haltes soins addictions). À proximité des scènes de consommation ouvertes de crack, elles permettent aux usagers de consommer dans de meilleures conditions de sécurité et d'avancer dans leurs parcours de réduction des risques et de soins. Ce dispositif de HSA était une proposition émergeant de l'évaluation du précédent plan crack⁸.

8. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/92994/download?inline>

Dispositions spécifiques pour l'accompagnement des patientes

Les femmes en situation d'addictions sont de façon répétée identifiées dans la littérature scientifique comme présentant plus de comorbidités psychiatriques (troubles du stress post-traumatiques, tentatives de suicide, ...), plus de poly-addictions, plus de difficultés d'accès aux soins et des taux de mortalité plus élevée. Pour les femmes, les situations de grossesse constituent une situation d'urgence et une occasion à saisir pour dépister les consommations excessives d'alcool, les complications

médicales et instaurer les traitements, en particulier les traitements de substitution aux opioïdes.

Par ailleurs, il est important de rester vigilant sur les violences masquées mais fréquemment subies par les consommatrices de substances.

Tout au long du parcours de soins, des ateliers spécifiques peuvent être mis en place pour les femmes et un suivi gynécologique intégré peut être mis en place dans la structure addictologique pour favoriser la continuité du suivi et les actions de prévention.

Les innovations de l'organisation des soins autour du traitement de l'addiction à la cocaïne

Les coursiers sanitaires et sociaux

En médecine de ville, le programme coursiers sanitaires et sociaux (CSS), financé par l'ARS Ile-de-France, vise à aider les médecins généralistes à traiter les situations complexes. Les CSS

peuvent être infirmiers psychologues ou avocats. Les CSS officient dans Paris et la Seine-Saint-Denis. Ils ont une formation spécifique et sont issus de milieux divers (social, psychiatrique, médical, ou juridique). Ils sont une interface entre le médecin de ville et les différentes structures d'aide.

L'exemple des *case managers*

La mission des *case managers* est de fluidifier le parcours des patients complexes. Ils doivent ainsi s'assurer que les usagers se présentent à leurs rendez-vous, prennent leurs traitements... et former les équipes d'accueil, soins médicaux ou psychiatriques, à la clinique particulière de ces patients pour améliorer leur accueil et leur prise en charge. Les *case managers* sont des professionnels qui sont issus soit des soins infirmiers soit du travail social (éducateur ou assistant social). Les *case managers* pourraient aussi être des psychologues qui accepteraient de faire une formation supplémentaire pour guider les patients. Les *case managers* ne font cependant pas de psychothérapie.

Un exemple est le dispositif FLUID-CRACK, financé par l'ARS Ile-de-France

depuis 2020, auprès de l'APHP, hôpital Fernand-Widal, pour faciliter l'entrée dans les soins psychiatriques de patients dépendants du crack et schizophrènes en errance échappant aux prises en charge usuelles de secteur psychiatrique. Une telle mission implique un fort investissement en temps pour très peu de patients, qui ne seraient pas traités autrement. Ce dispositif comprenant un médecin psychiatre, un éducateur, un mi-temps d'assistant social et un *case manager* a pris en charge en un an 91 patients, représentant 186 consultations médicales, 99 consultations avec un éducateur, 126 consultations réalisées dans des déplacements extérieurs, pour finalement aboutir à 18 hospitalisations : 8 sur le secteur de psychiatrie, 9 en addictologie à Fernand-Widal, 1 en psychiatrie à Fernand-Widal.

Des tentatives de centralisation de la prise en charge à Paris

Il avait été envisagé à Paris d'organiser une prise en charge hospitalière intersectorielle pour les personnes schizophrènes et dépendants au crack ayant besoin de traitements et d'un suivi spécifique. Cela suppose une centralisation de ces patients dans un service. Une telle expérimentation est en cours

dans le cadre du dispositif d'orientation des usagers de crack franciliens vers des structures de soins résidentiels en région. En parallèle, un dispositif est actuellement testé pour optimiser l'orientation de consommateurs de crack parisiens souhaitant se sevrer sur les places disponibles en SMRA ou CTR éloignés d'Île-de-France. Ce dispositif national est coordonné par l'ARS Île-de-France.

Les outils thérapeutiques existant

■ Les outils médicamenteux

Il n'existe à ce jour, que ce soit en Europe ou aux États-Unis, aucun traitement validé dans l'indication d'aide à l'arrêt ou d'aide à la réduction de consommation de cocaïne, sous toutes ses formes. Si de telles prescriptions peuvent néanmoins sembler utiles pour certains patients, le caractère « hors AMM » de la prescription doit être mentionné et explicité au patient.

Dans une évaluation individuelle globale d'un patient souffrant d'une dépendance à la cocaïne, et selon ses comorbidités addictives et psychiatriques, les personnes présentes dans le groupe ont en effet rapporté un bénéfice sur les consommations de cocaïne ou de crack des prescriptions dans leur AMM des traitements suivants : antipsychotiques comme l'aripiprazole, traitement de la dépendance aux opioïdes comme la buprénorphine, méthadone, traitement de la dépendance à l'alcool comme le disulfirame ou traitement divers comme N-acétylcystéine ou topiramate. De ce fait, plusieurs membres du groupe estiment qu'il peut y avoir des prescriptions hors AMM dans l'indication de réduction des consommations de cocaïne ou de crack, de ces mêmes molécules.

À la suite des recommandations de bonnes pratiques 2010 de la HAS, diverses approches avaient en effet pu être proposées comme la N-acétylcystéine dans l'aide au sevrage ou le topiramate dans la prévention de la rechute. Les résultats sont apparus pour le moins mitigés et décevants et ces pratiques sont restées limitées. Dans la littérature internationale⁹, et dans les prochaines recommandations pour la pratique clinique de l'American society of addiction medicine et de l'American academy of addiction psychiatry¹⁰, outre des agonistes GABA/antagonistes glutamate

comme le topiramate, sont également mentionnés des essais assez encourageants avec des agonistes dopaminergiques comme le bupropion, le modafinil ou les amphétamines à longue durée d'action. Mais les premiers résultats sont encore peu probants et ces médicaments, souvent d'emploi délicat, sont pour la plupart peu ou pas accessibles en France... Il faut noter que la prescription de topiramate chez les femmes en âge de procréer est contre-indiquée.

Dans les cas de prescription hors AMM, ou pour les patients particulièrement complexes ou comorbides, la recherche d'un second avis auprès d'un service d'addictologie spécialisé est recommandée.

Pour les patients souffrant également d'une pathologie psychiatrique avérée, pour laquelle des traitements pharmacologiques ont fait la preuve de leur efficacité et sont prescrits dans le cadre d'une AMM, il est logique de leur proposer ces traitements validés, dans le respect des indications, posologie et précautions d'emploi de l'AMM. Cela peut être des antidépresseurs en cas de trouble anxieux ou dépressif caractérisé, de psychostimulants en cas de TDA/H avéré, d'antipsychotiques chez les patients schizophrènes. Des précautions particulières s'imposent chez les patients dépendant de la cocaïne pour les traitements dont le potentiel de détournement est élevé.

Il est à noter qu'en France, en l'absence de la dextroamphétamine, les prescriptions de méthylphénidate se développent sur le terrain en cas de comorbidité TU cocaïne/TDA/H avec souvent une assez forte demande d'usagers qui y voient également pour certains

9. Kampman, K.M., The treatment of cocaine use disorder. *Sci Adv*, 2019. 5(10): p. eaax1532.

10. <https://www.asam.org/quality-care/clinical-guidelines/stimulant-use-disorders> (consultation publique en cours)

une forme de traitement de « substitution » bas-seuil. Les risques de mésusages et de complications notamment cardiaques ou psychiatriques doivent inciter à la plus grande prudence et réserver, en l'état, ces prescriptions à des situations où la co-occurrence d'un TDA/H est bien établie et en privilégiant des formes à longue durée d'action.

Innovations en pharmacologie

Plusieurs équipes de recherche présentes dans le groupe de travail ont signalé que des projets sont en cours actuellement en France pour développer de nouveaux médicaments dans l'indication de diminution des manifestations de sevrage, d'aide à l'arrêt ou d'aide à la réduction de consommation de cocaïne ou de crack. Ces médicaments appartiennent à différentes familles pharmacologiques : modulateurs allostériques des récepteurs nicotiques de l'acétylcholine agonistes ou agonistes partiels des récepteurs opioïdes, agents dopaminergiques (amphétamines longue durée d'action, modafinil...), agonistes directs des récepteurs sérotoninergiques (connues par ailleurs pour leurs propriétés psychédéliques), modulateurs allostériques des récepteurs glutamatergiques, agonistes GABA/antagonistes glutamatergiques (topiramate...), combinaisons de plusieurs de ces médicaments.

Ces projets sont à l'étude dans des modèles animaux et pour certains déjà à l'étape d'essais cliniques chez l'homme. Des avancées significatives sont attendues pour les patients dans les prochaines années.

■ Les outils non médicamenteux

► Les approches psychothérapeutiques

Ces approches peuvent être mises en place à différents moments des soins par des professionnels différents. Cela doit être des professionnels médecins ou psychologues

formés pour des approches psychothérapeutiques spécifiques théorisées et évaluées, mais de nombreux acteurs du soin peuvent mettre en place un appui relationnel et des thérapies de soutien appuyées sur des formations plus brèves (entretien motivationnel ou le programme "mes choix" par exemple).

Soins à l'entourage et entraide

Le soutien de la famille et des proches est essentiel. Il est ainsi possible de proposer une intervention de type « psycho-éducation » auprès de l'entourage ou une thérapie familiale qui bénéficierait grandement aux personnes.

Une autre modalité de soins existe sous la forme de groupes d'auto-support animés par des bénévoles associatifs, eux-mêmes souvent anciens usagers. C'est le cas de l'approche de type AA/NA (Alcooliques Anonymes/ Narcotiques Anonymes) dite « modèle en 12 étapes », qui est la modalité de soins la plus fréquente pour les addictions dans le monde. Cette approche en particulier se base sur la reconnaissance de l'impuissance de l'individu face à l'addiction, vise l'abstinence, et utilise le support du groupe et une forme d'approche spirituelle. Elle a fait la preuve de son efficacité pour les personnes qui se reconnaissent dans cette approche, en particulier celles qui sont capables de maintenir une participation pluri-hebdomadaire sur plusieurs années aux réunions.

Parmi les approches psychothérapeutiques validées dans la prise en charge des addictions et qui ont développé des programmes spécifiques pour des personnes dépendantes de la cocaïne, on peut citer l'entre-

tien motivationnel et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Ces techniques peuvent être mises en œuvre en individuel ou en groupe, et doivent être animées par des professionnels formés.

Pour la cocaïne, généralement, les consommations sont intermittentes, alternant des périodes compulsives et des périodes d'arrêt. Les circonstances, les moments, les lieux de l'usage et les déclencheurs cognitifs et émotionnels de la consommation sont primordiaux à repérer et à aborder avec des stratégies de coping, d'évitement et des techniques d'affirmation de soi (gérer les relations interpersonnelles autrement que par la passivité ou l'agressivité).

Avant de mettre en place une approche psychothérapique, il est important de faire une évaluation du degré de dépendance, du craving, de l'anxiété, de la dépression et des autres comorbidités psychiatriques. En particulier, les comportements suicidaires et les TSPT (troubles du stress post-traumatique) doivent être évalués. Il existe des contre-indications psychiatriques à certaines approches de psychothérapies individuelles ou de groupe. Aucune psychothérapie ne devrait être pratiquée sans l'accord explicite du patient, en particulier pour les approches de groupe.

Des approches qui n'ont pas forcément fait la preuve de leur efficacité dans la réduction des consommations ou le maintien d'abstinence peuvent néanmoins être proposées en fonction d'indications psychologiques ou psychiatriques pour lesquelles elles sont validées, en particulier les programmes de psychoéducation pour les troubles psychiatriques ou la méditation en pleine conscience.

Compte-tenu de l'importance des déclencheurs de craving liés au stress et aux antécédents psychotraumatiques particulièrement chez les femmes, il est très utile aussi de pouvoir proposer des thérapies centrées sur les traumatismes, comme l'EMDR, dans une approche intégrée. Cette approche a ainsi pu être éva-

luée positivement en Nouvelle-Aquitaine par exemple¹¹. Pareillement, l'approche ACT fondée sur l'acceptation et l'engagement est intéressante mais peu de personnes sont formées en France pour la mettre en place.

Dans le champ de la psychologie, et du fait des troubles neuropsychologiques acquis lors de la consommation chronique de cocaïne, une place particulière peut être faite à la réhabilitation neuropsychologique après sevrage de cocaïne. Celle-ci peut être pratiquée par des psychologues ou neuropsychologues diplômés et/ou des orthophonistes formés à cette prise en charge.

La technique de l'entretien motivationnel

C'est une méthode d'entretien qui permet d'explorer les freins vers le changement. La personne doit explorer sa propre ambivalence vis-à-vis du changement au lieu de la confronter. L'objectif est de l'amener à se rendre compte de ce qui est important pour elle, de ses valeurs. L'entretien motivationnel passe par :

- Des questions ouvertes
- Une écoute active
- La valorisation
- L'empathie
- L'absence de jugement
- Le résumé
- La reformulation

Il se déroule en deux phases : la phase de préparation au changement, la plus difficile, et celle de consolidation du changement.

11. Perez-Dandieu, B., et al., The impact of EMDR and Schema Therapy on addiction severity among a sample of French women suffering from PTSD and SUD. *Drug & Alcohol Dependence*, 2015(146): p. e68-e69.

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Il y a trois dimensions des TCC : comportementale, cognitive et émotionnelle. Ces trois aspects s'additionnent et ne sont pas exclusifs. L'avantage de cette approche est qu'elle est systématiquement manualisée, c'est-à-dire que pour chaque application des TCC, il existe un manuel spécifique reprenant les techniques qui ont fait leurs preuves dans des études scientifiques. Il existe ainsi des programmes spécifiques à la cocaïne et aux stimulants comme il y en a de plus généraux sur les addictions. Ces programmes permettent aussi une évaluation de leur efficacité individuelle ou collective.

Sur le plan comportemental, les TCC vont travailler sur de l'activation comportementale consistant à mettre en place des activités régulières (sortir de chez soi, préparer son repas) et des loisirs une à deux fois par semaine. Il est

important d'avoir des activités avant de développer une envie, justement pour faire naître cette envie.

Sur le plan cognitif, c'est un travail sur les idées qui est réalisé : idée de ne pas pouvoir gérer la consommation de cocaïne, impression de désintérêt de la part des autres... Ces pensées vont décourager le patient et l'empêcher d'agir. Le travail sur ces pensées est un travail de restructuration cognitive.

Sur le plan émotionnel, il peut y avoir des techniques de relaxation. Cela peut passer par de la mise en tension et de la détente (Jacobson) et d'imagerie mentale (Schultz).

La TCC peut se faire à la fois en individuel et en groupe. En groupe, il est possible de mettre en place des programmes combinant TCC et méditation ce qui donne les programmes MBRP (Pleine conscience de prévention de la rechute dans les addictions).

Mes choix

« Mes choix » est une gamme d'outils dont l'objectif est de redonner aux personnes la capacité de choisir où, quand, avec qui et quelle quantité elles consomment.

Il s'adresse à celles qui s'inquiètent des conséquences associées à leur consommation et qui désirent modifier leurs habitudes.

Le programme comprend actuellement plusieurs volets : Alcochoix+, Meschoix Cannabis et Mes Choix toutes substances. Six éléments forment le programme :

1. auto-observation de la consommation
2. établissement d'un objectif d'intervention spécifique
3. identification des situations à haut risque
4. stratégies pour réduire ou éviter la consommation
5. stratégies d'adaptation
6. auto-renforcement pour l'atteinte des objectifs (Miller et al. 1992)

Les différentes phases comprennent des lectures, des exercices de réflexion, des encadrés informatifs et des questionnaires. Le programme s'appuie sur un manuel destiné au patient ainsi qu'un carnet pour noter ses consommations.

La mise en œuvre du programme prévoit deux à six rencontres d'environ 60 minutes en fonction des capacités et des besoins du patient. Les avantages du programme résident en une approche non-stigmatisante, un programme adapté au rythme et aux besoins des individus et un programme flexible.

Le programme canadien prévoit trois formules d'accompagnement (formule autonome, formule guidée, formule de groupe) afin de s'adapter aux besoins des patients.

La Fédération Addiction a adapté le programme au contexte français, avec l'appui d'un consortium international. Elle propose chaque année une formation sur ce sujet.

Gestion des contingences (stratégie comportementale basée sur les récompenses)

Le « *contingency management* » est une des approches les mieux établies au plan international pour faire face au TU de cocaïne mais il n'est pas implanté dans notre pays. La gestion des contingences consiste à renforcer par des récompenses des comportements favorables à la santé et, en l'espèce, d'éloignement de la cocaïne. Des bons d'achats de valeur croissante pourront par exemple être remis en échange de dosages urinaires négatifs en cocaïne ou d'engagement régulier dans un programme de soins. Les données de la littérature montrent que la gestion des contingences favorise le sevrage initial, le taux de participation au programme et la durée de l'abstinence.

La gestion des contingences a un effet à court terme. Pour avoir un effet à long terme, il est nécessaire de la combiner à d'autres approches thérapeutiques.

Des barrières d'ordre culturel limitent le développement de cette approche en France mais, compte-tenu des effets positifs retrouvés dans la littérature et des difficultés d'accompagnement des TU cocaïne, il semble nécessaire de réaliser des études cliniques pour évaluer cette modalité thérapeutique dans le contexte français, d'autant que quelques initiatives de terrain commencent à se développer en Ile-de-France.

Innovations en psychothérapie

Des programmes thérapeutiques spécifiques pour les usagers de cocaïne et/ou de crack sont en cours actuellement dans plusieurs équipes universitaires de psychologie en France.

Vous pouvez vous rapprocher de ces centres pour proposer à des patients de participer

à ces études et/ou être formés/supervisés dans l'application des techniques psychothérapeutiques validées.

► Les approches corporelles

Des approches à médiation corporelle (auriculothérapie, thérapie à médiation artistique...) et/ou de l'activité physique adaptée peuvent être proposées pour les patients dépendants de la cocaïne en ambulatoire ou en résidentiel.

Ces approches peuvent être inefficaces, déstabilisantes ou source d'emprise si pratiquées par des personnes peu scrupuleuses. Elles peuvent au contraire être un facteur d'amélioration pour des patients quand elles sont réalisées par des professionnels faisant preuve d'éthique et formés rigoureusement. Pour mettre en place ces activités, nous vous invitons à vous rapprocher des universités mettant en place des formations d'activité physique adaptée.

► Les expérimentations et innovations non-médicamenteuse (hors psychothérapie)

Plusieurs équipes de recherche présentes dans le groupe de travail ont signalé que des projets sont en cours actuellement en France pour développer de nouveaux traitements non médicamenteux dans l'indication de diminution des manifestations de sevrage, d'aide à l'arrêt ou d'aide à la réduction de consommation de cocaïne ou de crack. Ces traitements utilisent les nouvelles technologies de l'information (smartphone, tablettes, réalité virtuelle...) pour fournir des approches de suivi et/ou des messages de réduction des risques ou de psychothérapie adaptés à chaque patient.

De plus, il existe tout un champ de recherche utilisant des techniques de neurostimulation non-invasives ou invasives du cerveau, développées initialement pour des maladies neurologiques ou psychiatriques, et qui sont actuellement testées dans des essais cliniques, à l'étranger ou en France, pour la dépendance à la cocaïne.

Stimulation cérébrale profonde

Le principe de la stimulation cérébrale profonde est d'appliquer une stimulation cérébrale avec une électrode implantée dans le cerveau. Cette technique dispose d'une AMM dans la maladie de Parkinson, de Gilles de la Tourette ou le Tremblement Essentiel, avec une efficacité très nette. Elle est également à l'étude dans des indications de dépression sévère, de TOC et d'anorexie mentale. Des études sont en cours pour le traitement des addictions, notamment alcool et cocaïne. Les résultats des études précliniques sont très convaincants, et des études chez l'homme sont attendues, malgré les difficultés de mise en place.

rTMS et t-DCS (*Transcranial direct current stimulation - stimulation cérébrale éveillée et stimulation cérébrale directe à courant continu*).

La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (r-TMS) a été beaucoup étudiée pour des indications de dépression résistante, et des études préliminaires dans la dépendance à la cocaïne ont été publiées, sans montrer à ce jour une efficacité convaincante. Néanmoins, d'autres projets sont en cours et pourraient apparaître à l'avenir.

La stimulation cérébrale directe à courant continu est un autre dispositif médical de stimulation cérébrale non invasive qui applique

directement un courant sur le scalp de patients éveillés. Elle a montré une efficacité transitoire (modeste) sur l'amélioration des fonctionnelles, de patients souffrant de maladies neurodégénératives de type Alzheimer aux stades précoces. Des études préliminaires ont été conduites dans la dépendance à la cocaïne, sans montrer à ce jour une efficacité convaincante.

► Tableau récapitulatif des besoins et des ressources

Besoins des soins liés à l'usage de cocaïne dans les prochaines années prévues par le groupe de travail AIPAUC	Ressources						
	Soins Primaires / de ville			Soins Spécialisés Addictologiques ou Psychiatriques			
	Généraliste	Psychiatre libéral ou CMP	Spécialistes libéraux ou hospitaliers (ORL, cardiologues, neurologues, ...)	CAARUD, CSAPA, Psychiatre libéral CMP	Hospitalisation brève médicale, addictologique ou psychiatrique et suivi ambulatoire	Hospitalisation addictologique ou psychiatrique jusqu'à 3 mois (HDJ, CATTP) et suivi ambulatoire	Hospitalisation ou prise en charge médico-sociale longue (SMR, CTR médico-social et hébergement social avec ou sans soins)
Consommation « occasionnelle »	OUI	OUI		OUI (Lors d'interventions festives)			
Complications médicales	OUI		OUI	OUI (Accompagnement abcès)	OUI		
Abus ou usage nocif pour la santé	OUI	OUI		OUI (Entretien analyse de produit)			
Dépendance simple	OUI	OUI		OUI	OUI		
Dépendance avec complications médicales au premier plan	OUI			OUI	OUI		
Dépendance avec polytoxicomanie complexe				OUI	OUI	OUI	OUI
Dépendance avec complications /comorbidités psychiatriques au premier plan		OUI		OUI (Ces usagers viennent en CSAPA ou CAARUD)	OUI	OUI	OUI

La Fédération Addiction souhaite remercier les membres du groupe de travail « Thérapeutiques » pour leurs contributions et leurs relectures :

- Mario Blaise, chef du pôle Centre Marmottan - La Terrasse
- Christelle Baunez, directrice de recherche au CNRS
- Morgane Besson, Institut Pasteur
- Justine Collet, infirmière au CSAPA Ressources
- Marie d'Alexis, médiatrice de santé pair au CEID Addictions
- Philippe Grunberg, responsable d'ELSA de Montfermeil
- Alexandre Guilbert, infirmier au CAARUD L'instant
- Laurent Karila, professeur en psychiatrie à l'hôpital Paul Brousse
- Nicolas Marie, médecin chercheur au CNRS
- Claire Noblet, cheffe de service au CSAPA Ego d'Aurore
- Catherine Pequart, psychiatre à Oppelia Charonne
- Brigitte Reiller, directrice de CAARUD Planterose du CEID Addictions
- Lucia Romo, professeur de psychologie à l'université Paris-Nanterre et psychologue (AP-HP)
- Maylis Voitellier, psychologue clinicienne à Addiction Méditerranée
- Florence Vorspan, professeure en psychiatrie à l'hôpital Fernand-Widal

Merci également à Jean-Michel Delile, président de la Fédération Addiction, pour sa relecture, et aux membres du comité de pilotage du projet AIPAUC (améliorer l'information, la prévention et l'accompagnement des usagers de cocaïne).



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

