



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge des consommateurs de cocaïne

RECOMMANDATIONS

Février 2010

L'argumentaire des recommandations est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service documentation – information des publics
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en février 2010.
© Haute Autorité de Santé – 2010

Sommaire

Abréviations	5
Recommandations	6
1 Introduction	6
1.1 Thème et objectifs des recommandations	6
1.2 Personnes concernées par les recommandations	6
1.3 Professionnels concernés par les recommandations	7
1.4 Gradation des recommandations	7
1.5 Actualisation des recommandations	7
2 Données épidémiologiques concernant la consommation de cocaïne.....	7
2.1 Produits et voies de consommation	7
2.2 Quels sont les profils des consommateurs de cocaïne ?	8
2.3 Quelle est la fréquence de l'usage problématique de cocaïne ?	9
2.4 Quelle est la fréquence de demande de prise en charge associée à la consommation de cocaïne ?	9
3 Eléments cliniques de la consommation de cocaïne.....	10
3.1 Quelle est la trajectoire de consommation ?	10
3.2 Quelles sont les phases cliniques de l'addiction à la cocaïne ?	10
4 Complications somatiques et psychiatriques liées à la consommation de cocaïne	12
5 Prise en charge des complications associées à la consommation de cocaïne.....	13
5.1 Douleur thoracique chez des usagers de cocaïne	13
5.2 Allongement de QT	14
5.3 Complications infectieuses	14
5.4 Complications neurologiques	14
5.5 Complications obstétricales et périnatales	14
6 Réduction des risques.....	15
6.1 Modes d'usage	15
6.2 Associations à éviter	16
6.3 Populations et situations à risque élevé	16
7 Stratégies pour mettre en place un sevrage thérapeutique ou faciliter la réduction de la consommation de cocaïne	16
7.1 Principes généraux	16
7.2 Rechercher les facteurs ayant un impact sur la réponse au traitement	17
7.3 Identifier les personnes nécessitant un abord spécifique	18
7.4 Faire une évaluation clinique	18
7.5 Accompagnement	19
7.6 Repérage et intervention précoce	20
7.7 Entretien motivationnel	21
7.8 <i>Drug counseling</i>	22
7.9 Psychothérapies	22
7.10 Prise en charge psychosociale	24
7.11 Acupuncture	25
8 Indicateurs de suivi.....	25
9 Place des traitements médicamenteux.....	25

9.1	Gestion du syndrome de sevrage	26
9.2	Prévention de la rechute	26
9.3	Prise en charge des effets aigus liés à une intoxication aiguë	28
9.4	Médicaments inappropriés	28
9.5	Perspectives concernant le traitement médicamenteux	28
Annexe 1. Courrier de saisine.....		29
Méthode Recommandations pour la pratique clinique.....		31
Participants.....		33
Fiche descriptive des recommandations.....		35

Abréviations

AA, CA, NA	Alcooliques Anonymes, Cocaïne Anonymes, Narcotiques Anonymes
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AVC	Accident vasculaire cérébral
ASUD	Association autosupport des usagers de drogues
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CCQ	<i>Cocaine Craving Questionnaire</i>
CSAPA	Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centre spécialisé de soins aux toxicomanes
IDM	Infarctus du myocarde
MILDT	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies
OCCS	<i>Obsessive Compulsive Cocaine Scale</i>
SCA	Syndrome coronarien aigu
SMPR	Service médico-psychiatrique régional
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
UCSA	Unité de consultations et de soins ambulatoires
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

Recommandations

1 Introduction

1.1 Thème et objectifs des recommandations

► Thème des recommandations

Ces recommandations, élaborées par la HAS à la demande de la ministre de la Santé (cf. annexe 1), s'inscrivent dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008–2011, mis en œuvre par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT).

Les données épidémiologiques montrent que la consommation de cocaïne a atteint des niveaux importants en France et s'étend désormais à tous les milieux socioprofessionnels. Or cette consommation expose à des risques sanitaires souvent ignorés des consommateurs et méconnus des professionnels de santé.

► Objectifs des recommandations

Les recommandations visent à améliorer la prise en charge sanitaire des consommateurs de cocaïne en :

- facilitant leur repérage ;
- décrivant les stratégies de prise en charge médico-psycho-sociale qui permettent de faciliter l'arrêt et le maintien de l'arrêt de cette consommation.

Les recommandations n'ont pas pour objectif de construire des messages et des stratégies de prévention.

► Questions auxquelles répondent les recommandations

Ce travail s'articule autour des questions suivantes :

- Quelles informations apporter aux professionnels concernant la consommation de cocaïne ?
- Quelles sont les stratégies de repérage et de prise en charge médico-psycho-sociale possibles en tenant compte des types de consommateurs ?
 - ▶ Comment repérer ?
 - ▶ Que proposer après repérage ?
 - ▶ Comment sevrer ?
 - ▶ Comment favoriser le maintien de l'abstinence ?
- Y a-t-il des spécificités de prise en charge en fonction de certaines populations ou situations ?
 - ▶ Femmes enceintes
 - ▶ Adolescents et adultes jeunes
 - ▶ Conduites sexuelles à risque

1.2 Personnes concernées par les recommandations

Sont concernés par les recommandations les consommateurs de cocaïne. Ils peuvent être regroupés en trois grandes catégories :

- les primoconsommateurs et les consommateurs irréguliers festifs ;
- les consommateurs réguliers de cocaïne ;

- les polyconsommateurs.

1.3 Professionnels concernés par les recommandations

Ces recommandations sont destinées prioritairement aux professionnels des structures médico-sociales spécialisées en addictologie, aux addictologues hospitaliers, aux professionnels intervenant en milieu carcéral (UCSA¹, SMPR², CSST³), aux médecins généralistes et aux psychiatres. Elles concernent également les autres acteurs du champ sanitaire et social à savoir les cardiologues, les urgentistes, les ORL, les gynécologues et obstétriciens, les neurologues, les sages-femmes, les psychologues et les travailleurs sociaux.

1.4 Gradation des recommandations

Les recommandations sont classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve, comme des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou une méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées (niveau de preuve 1) ;
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte (niveau de preuve 2) ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, toutes les recommandations non gradées sont fondées sur un accord professionnel. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

1.5 Actualisation des recommandations

La question de l'actualisation de ces recommandations sera posée au plus tard dans 5 ans.

2 Données épidémiologiques concernant la consommation de cocaïne

2.1 Produits et voies de consommation

La cocaïne se présente sous deux formes :

- une forme *chlorhydrate* (poudre blanche) obtenue à partir de la feuille de coca, destinée à être consommée par voie intranasale (sniff) ou par voie intraveineuse (injection) ;

¹ Unité de consultations et de soins ambulatoires

² Service médico-psychiatrique régional

³ Centre spécialisé de soins aux toxicomanes

- une forme *base* (cailloux, galettes) obtenue après adjonction de bicarbonate de soude ou d'ammoniaque au chlorhydrate de cocaïne et destinée à être inhalée (fumée).

La consommation de cocaïne base s'est étendue en France métropolitaine sous deux formes :

- préalablement basée, appelée *crack* et vendue à des usagers très précaires, relativement concentrés dans le nord-est francilien, dans les grandes villes françaises et dans les Antilles-Guyane ;
- basée par les usagers eux-mêmes, appelée *free base* et vendue dans les milieux festifs.

L'intérêt de cette distinction tient au fait que les uns vont déclarer consommer du *crack* alors que les autres vont parler de *free base* ou simplement de cocaïne (éventuellement basée).

La voie de consommation la plus fréquente est la voie intranasale. C'est pratiquement la seule en milieu festif techno où elle est utilisée par 98 % des consommateurs. C'est également la plus fréquente en population générale.

La cocaïne peut également être inhalée (fumée), essentiellement sous la forme basée. Elle est à l'origine de consommations compulsives. La cocaïne achetée déjà basée (*crack*) est principalement consommée par des groupes d'usagers spécifiques très désinsérés ; les consommateurs plus insérés consomment le même produit, basé après achat (*free base*). Ce dernier connaît également une grande diffusion en milieu festif.

L'injection de cocaïne est surtout le fait des usagers qui utilisent déjà la voie intraveineuse pour d'autres produits. Elle concerne surtout les usagers les plus désinsérés (la moitié des consommateurs de cocaïne dans les CAARUD⁴), mais pas uniquement. Elle est parfois expérimentée par des usagers qui ne sont pas rencontrés dans les dispositifs visant les usagers de drogues les plus désinsérés. Elle est à l'origine de consommations compulsives à haut risque, notamment sur le plan infectieux.

2.2 Quels sont les profils des consommateurs de cocaïne ?

La consommation de cocaïne est le plus souvent une pratique des jeunes adultes. En 2005, en France métropolitaine, 2,6 % de la population de 15 à 65 ans ont déclaré avoir déjà expérimenté la cocaïne, soit 1,1 million de personnes environ. En termes de niveau d'usage, si la cocaïne se place derrière l'alcool, le tabac ou le cannabis (12,4 millions d'expérimentateurs environ pour ce dernier), elle se situe devant les stimulants de type amphétaminique et les opiacés (environ 360 000 expérimentateurs de l'héroïne en France). L'expérimentation de la cocaïne est maximale entre 15 et 29 ans et devient très faible après 34 ans. En moyenne, les hommes sont trois fois plus consommateurs que les femmes.

La population consommatrice de cocaïne en France métropolitaine augmente à un rythme soutenu : l'usage chez les 15–65 ans au cours d'une année a triplé entre 2000 à 2005, passant de 0,2 à 0,6 %. Cette augmentation est favorisée par la baisse du prix du produit et sa plus grande disponibilité. Le niveau de consommation demeure inférieur en France à celui relevé dans les pays les plus proches, notamment l'Espagne, le Royaume-Uni et l'Italie.

La cocaïne n'est plus, comme par le passé, l'apanage des milieux sociaux à fort pouvoir d'achat ou des polyconsommateurs très désinsérés. Elle concerne aussi les classes moyennes. De plus, en dépit d'une représentation très répandue de « drogue de la performance au travail », la cocaïne est deux à trois fois plus expérimentée et consommée parmi les chômeurs et les inactifs que parmi les actifs occupés⁵. A 17 ans, on constate que

⁴ Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues.

⁵ Sachant que les usagers très précaires ne sont souvent pas accessibles aux enquêtes en population générale donc non intégrés à l'échantillon.

les élèves ou étudiants ont expérimenté la cocaïne deux à trois fois moins que les jeunes en apprentissage ou entrés sur le marché du travail (avec emploi ou au chômage).

Bien que la répartition des usagers de cocaïne dans la population française soit très diffuse, des groupes sociaux plus spécifiques sont identifiés. Il s'agit essentiellement des personnes fréquentant les milieux festifs et de la nuit, d'anciens sujets dépendants aux opiacés ayant un traitement de substitution et d'usagers de drogues plus ou moins marginalisés pouvant fréquenter les structures dites de « bas seuil » (actuels CAARUD).

En milieu festif (*free* ou *rave parties* et clubs), 63 % des personnes ont déjà expérimenté la cocaïne, et 35 % en ont consommé au cours du mois écoulé.

Pour les populations qui fréquentent les CAARUD, la cocaïne fait partie de l'éventail des produits consommés. C'est la substance consommée par le plus grand nombre d'usagers au cours du mois précédent après l'alcool, le cannabis et la buprénorphine haut dosage (BHD).

La consommation de cocaïne, même en population socialement insérée, est rarement isolée. Il existe presque toujours un usage simultané d'alcool, de tabac et souvent de cannabis. En milieu festif, l'usage de cocaïne est associé à l'usage d'autres stimulants et à la fréquence des ivresses. De plus, les pratiques de régulation des effets des produits les uns par les autres amènent fréquemment les usagers à faire des mélanges (cocaïne, amphétamines, opiacés, benzodiazépines, etc.).

2.3 Quelle est la fréquence de l'usage problématique de cocaïne ?

On ne dispose pas d'une mesure de la prévalence de l'usage problématique. L'écart entre niveaux d'expérimentation et niveaux d'usage récent montre qu'une part importante d'expérimentateurs s'arrête à cette étape ou conserve un usage occasionnel. Si la fréquence d'usage ne permet pas en tant que telle de définir un usage problématique, elle apporte un certain éclairage. Une enquête en milieu festif techno révèle que parmi les 35 % d'usagers récents (au cours du mois écoulé) de chlorhydrate de cocaïne, un tiers en a pris plus d'une fois par semaine ; seuls 2,7 % des usagers récents étaient des usagers quotidiens.

2.4 Quelle est la fréquence de demande de prise en charge associée à la consommation de cocaïne ?

La consommation de cocaïne et de cocaïne base (*free base*, *crack*) est rarement à l'origine d'une demande de prise en charge dans les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST⁶ ou CSAPA⁷). La part des usagers pris en charge principalement pour usage de cocaïne est ainsi stable depuis plusieurs années (6,7 %, *crack* compris). Cependant le nombre absolu d'usagers pour qui le produit posant principalement un problème de consommation serait la cocaïne (chlorhydrate ou cocaïne base) aurait crû de plus de 70 % entre 1999 et 2006. La cocaïne base ne représente que 1,7 % des demandes de soins chez les primoconsultants, avec une concentration importante des cas à Paris et Outre-Mer (Antilles et Guyane).

La demande de soins reste faible car les consommateurs de cocaïne insérés ne se reconnaissent probablement pas dans l'image de toxicomanes que renvoie la fréquentation d'un centre spécialisé. De plus, les usagers de cocaïne tardent à identifier certains symptômes comme possiblement liés à la cocaïne (à l'exception des conséquences financières) et à penser que leur problème peut recevoir une réponse sanitaire.

⁶ Centres spécialisés de soins aux toxicomanes

⁷ Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

3 Éléments cliniques de la consommation de cocaïne

3.1 Quelle est la trajectoire de consommation ?

Les consommateurs de cocaïne constituent une population hétérogène. La trajectoire de consommation est caractérisée par une discontinuité et les spécificités de la clinique de la dépendance à la cocaïne tiennent à cette discontinuité. Le parcours de consommation peut évoluer en passant par plusieurs phases.

► Consommation « occasionnelle »

Les premières consommations concernent généralement les adultes jeunes et, de plus en plus, des adolescents. Elles sont principalement associées à des activités sociales et dans des circonstances festives ou dans certains milieux de travail. Les sujets de ce groupe n'ont pas une consommation régulière du produit.

Les motivations de ces consommateurs sont la recherche d'euphorie, de sensation intérieure de bien-être, de convivialité et de vivre une expérience intense, mais aussi la recherche d'une amélioration des performances (regain d'énergie, diminution de la sensation de fatigue, amélioration de la confiance en soi, accélération de la pensée, performances sexuelles, expériences sociales, etc.), voire une recherche de « suradaptation » à un milieu, à un groupe.

► Abus ou usage nocif pour la santé

Le passage de l'usage occasionnel à l'abus (usage nocif) constitue l'une des cibles essentielles du repérage. L'abus survient quand la recherche de l'euphorie et des effets plaisants devient une préoccupation pour l'utilisateur, qui se met à consommer de façon plus fréquente, plus régulière et plus intense, malgré l'apparition des premières conséquences personnelles et sociales.

Avec la répétition des prises, se dessine un parcours fait de « montées et de descentes » de plus en plus difficile à gérer. Les premiers signes de perte de contrôle apparaissent : répétition et rapprochement de la fréquence des *binge* (consommation massive sur un laps de temps court), des envies irrésistibles de consommer, des problèmes personnels et sociaux, etc. La consommation peut se faire de manière journalière, mais des consommations hebdomadaires peuvent également correspondre à un abus.

► Dépendance

La dépendance à la cocaïne est caractérisée par :

- la répétition cyclique des consommations et l'impossibilité de s'arrêter malgré la connaissance des conséquences négatives ;
- l'ambivalence forte entre le désir d'arrêter et l'attraction du produit ;
- l'orientation du comportement quotidien vers la recherche de substance ;
- la fréquence et l'intensité des rechutes même après une période d'abstinence prolongée.

La dépendance accroît l'ampleur des dommages sanitaires, sociaux et financiers.

3.2 Quelles sont les phases cliniques de l'addiction à la cocaïne ?

► Effets aigus de la cocaïne

Le début des effets et les effets ressentis de la cocaïne dépendent de la voie d'administration, des individus et de la dose consommée.

La cocaïne produit un bref « *rush* » de plaisir et une constellation d'effets stimulants. Il s'agit d'une euphorie, d'une sensation de bien-être, d'une augmentation de l'énergie, d'idées de grandeur, d'une tachypsychie, d'une désinhibition, d'une hypervigilance, d'une augmentation de la concentration, d'une anorexie, d'un éveil sensoriel, d'une augmentation de l'intérêt et de l'excitation sexuelle (pouvant conduire à des conduites sexuelles à risque) et d'une insomnie. Sur le plan neurovégétatif, apparaissent une tachycardie, une hypertension artérielle, une dilatation pupillaire, une pâleur cutanée.

Le phénomène d'euphorie dure quelques minutes. Il s'agit du principal effet recherché par la majorité des consommateurs de cocaïne.

A cette phase d'euphorie succède une phase transitoire (quelques minutes à quelques heures) de « descente » caractérisée par des signes inverses : dysphorie, fatigue, irritabilité, perte de l'estime de soi, anxiété. Les usagers tentent fréquemment de gérer cette phase par la consommation d'autres psychotropes, ce qui peut être à l'origine de syndromes de dépendance secondaire.

► **Sevrage de la cocaïne**

Le tableau clinique comprend une dysphorie, un ralentissement psychomoteur, une irritabilité, une léthargie, une asthénie, un désintérêt sexuel, une bradypsychie, des altérations cognitives (mémoire, concentration, etc.), une baisse de l'estime de soi, une hyperphagie, une hypersomnie, une bradycardie et des signes physiques aspécifiques (sueurs, tremblements, polyalgies, etc.).

Ces symptômes peuvent durer plusieurs semaines. Plus ils sont sévères, plus le pronostic de la dépendance est défavorable.

Les consommateurs peuvent gérer ce syndrome de sevrage avec de l'alcool, du cannabis, des opiacés ou des médicaments psychotropes (benzodiazépines, hypnotiques), qui peuvent être à l'origine de syndromes de dépendance secondaire.

Les critères DSM-IV-TR du sevrage de la cocaïne sont présentés dans l'encadré 1 ci-dessous.

ENCADRE 1. CRITERES DSM-IV-TR DU SEVRAGE DE LA COCAÏNE

Humeur dysphorique, avec au moins deux des symptômes suivants se développant en quelques heures à quelques jours :

- fatigue
- rêves intenses et déplaisants
- sommeil perturbé (insomnie ou hypersomnie)
- appétit augmenté
- agitation ou ralentissement psychomoteur

Symptômes à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

Ces symptômes ne sont pas dus à une cause organique ou psychiatrique.

► **Craving**

Le *craving* est le besoin irrésistible ou irrépressible de consommer. Il est important dans l'addiction à la cocaïne et est parfois assimilé à la dépendance psychologique. C'est une étape déplaisante, qui est rapidement soulagée par la prise de cocaïne. Le *craving* peut être

décrit comme des pensées obsédantes autour du produit pouvant durer de quelques minutes à quelques heures. C'est un facteur de rechute même après un long temps d'abstinence.

Différentes situations peuvent déclencher un *craving* : la consommation de cocaïne, des facteurs environnementaux habituellement associés à la consommation, la *cocaïne paraphernalia* (matériel servant à l'usage de drogue) et les émotions positives ou négatives.

En pratique clinique, il doit être évalué au cours de l'entretien en termes de fréquence, d'intensité et de durée. Il peut être précisé par différents outils en cours de validation en langue française : le *Cocaine Craving Questionnaire* version brève (10 items) ou l'OCCS (*Obsessive Compulsive Cocaine Scale*).

► Perte de contrôle

La perte de contrôle fait partie de la définition de l'addiction. En effet, l'addiction peut être définie comme étant un processus complexe par lequel un comportement, pouvant à la fois produire du plaisir et soulager une tension interne, échappe aux tentatives de contrôle et persiste en dépit des conséquences négatives significatives qu'il entraîne.

Une altération de la prise de décision est également observée chez les personnes dépendantes à la cocaïne. Elles ont tendance à privilégier la récompense immédiate en dépit des conséquences négatives à long terme.

4 Complications somatiques et psychiatriques liées à la consommation de cocaïne

La consommation de cocaïne est associée à une augmentation du risque de complications cardio-vasculaires, neurologiques, ORL, infectieuses, dermatologiques et psychiatriques et, pour la femme enceinte, de complications obstétricales et périnatales. Les complications les plus fréquemment rencontrées sont citées dans le tableau 1.

Les consommations concomitantes d'alcool, de cannabis et de tabac augmentent le risque de complications.

La consommation de cocaïne base (*crack, freebase*) associée à certains facteurs sociaux favorise des conduites sexuelles à risque augmentant la possibilité de contracter une infection sexuellement transmissible. L'usage de cocaïne base aggraverait l'évolution de l'infection due au VIH.

Complications	Evénements
Cardio-vasculaires	Syndrome coronarien aigu Troubles du rythme cardiaque Dysfonction ventriculaire gauche Dissection aortique Thromboses artérielle et veineuse
Neurologiques	Accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique Abaissement du seuil épileptogène
Infectieuses en lien avec des comportements à risque	Infections virales (VIH, VHB et VHC) Infections bactériennes (abcès locaux, endocardites, pneumopathies, septicémies) Infections sexuellement transmissibles, notamment syphilis

Complications	Evénements
Respiratoires (lors de la consommation de cocaïne base (<i>crack, free base</i>) inhalée)	Bronchospasme Pneumothorax Hémorragies <i>Crack lung</i> ⁸
ORL lors d'usage chronique par voie nasale	Lésions de la cloison nasale Infections naso-sinusiennes liées aux lésions de la cloison nasale
Dermatologiques	Lésions pieds-mains chez des consommateurs de <i>crack</i>
Psychiatriques	Pharmacopsychose (état délirant induit par la cocaïne) Paranoïa induite par la cocaïne Dépression et tentatives de suicide Attaques de panique
Obstétricales et périnatales	Complications maternelles : <ul style="list-style-type: none"> - cardio-vasculaires : HTA, arythmie, AVC, cardiopathie ischémique - hémorragiques - risque accru d'éclampsie - hématome rétroplacentaire - avortements spontanés Complications fœtales : <ul style="list-style-type: none"> - retard de croissance intra-utérin dose-dépendant, touchant poids, taille et périmètre crânien - prématurité

5 Prise en charge des complications associées à la consommation de cocaïne

5.1 Douleur thoracique chez des usagers de cocaïne

La cocaïne est la substance illicite amenant le plus fréquemment à consulter aux urgences aux Etats-Unis. Le symptôme le plus souvent rencontré est la douleur thoracique (près de 40 % des cas). En France, il y a peu de données sur la fréquence de la consommation de cocaïne parmi les motifs de consultations aux urgences.

Chez les consommateurs de cocaïne, le diagnostic d'un syndrome coronarien est parfois difficile car ils présentent fréquemment des douleurs thoraciques atypiques dans un contexte d'anxiété importante, associées à des modifications électrocardiographiques non spécifiques. Ces éléments peuvent conduire à un retard de mise en route des traitements de reperfusion coronaire.

⁸ Le terme « *crack lung* » désigne un syndrome respiratoire aigu faisant suite à l'inhalation de *crack* ou *free base* et associant fièvre, toux, difficultés respiratoires et fortes douleurs thoraciques.

Compte tenu de ces éléments, il est nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé à l'identification rapide des consommateurs de cocaïne en cas de douleur thoracique, afin qu'ils effectuent une surveillance et un traitement adaptés.

Deux situations peuvent être distinguées :

- douleur thoracique chez un consommateur de cocaïne : toute douleur thoracique doit faire suspecter un syndrome coronarien aigu et conduire à un appel au Samu-Centre 15 pour un entretien avec le médecin régulateur ; elle ne doit pas être considérée *a priori* comme un effet normal de la prise de cocaïne ;
- douleur thoracique chez une personne de moins de 50 ans non connue comme consommatrice : toute personne de moins de 50 ans ayant une douleur thoracique, même atypique, ou tout autre événement cardio-vasculaire doit être interrogée sur une éventuelle consommation de cocaïne. Le bilan et la prise en charge immédiate doivent se faire comme pour tout syndrome coronarien aigu : appel au Samu-Centre 15 en cas de suspicion de syndrome coronarien aigu.

La recherche urinaire de cocaïne par une technique de détection rapide peut être proposée pour aider au diagnostic.

La prise en charge diagnostique du syndrome coronarien aigu est identique à celle de la population générale. Un interrogatoire, un examen clinique, un électrocardiogramme (ECG) doivent être réalisés en première intention, associés à un dosage des marqueurs de nécrose myocardique, en particulier la troponine en raison de ses excellentes sensibilité et spécificité.

5.2 Allongement de QT

Des cas d'allongement du QT et de torsades de pointes ont été décrits dans la littérature après consommation de cocaïne. Ils pourraient être aggravés par la prise concomitante de méthadone. Une surveillance de l'ECG est d'autant plus recommandée.

5.3 Complications infectieuses

En raison des risques infectieux, il est recommandé de proposer systématiquement la réalisation de sérologies virales (VHB, VHC, VIH) et la recherche d'infections sexuellement transmissibles.

5.4 Complications neurologiques

Tout AVC chez une personne de moins de 50 ans doit faire évoquer une consommation de cocaïne.

5.5 Complications obstétricales et périnatales

Compte tenu de ses complications, une consommation de cocaïne doit être recherchée lors de l'interrogatoire d'une femme enceinte, en plus de celle d'autres substances psychoactives. Ce repérage doit faire l'objet d'une attention particulière lors de la première consultation de suivi de grossesse qui a lieu avant 10 semaines d'aménorrhée ou lors de l'entretien prénatal précoce.

En cas de consommation, il est recommandé :

- d'informer des risques et des complications ;
- d'adapter la surveillance de la grossesse ;
- de mettre en place ou de renforcer avec le médecin traitant la prise en charge addictologique dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.

6 Réduction des risques

La réduction des risques pose le principe de la consommation à moindre risque comme guide dans les modes d'usage et dans le choix des prises de drogues. Ce choix du moindre risque ne doit pas être énoncé comme antagoniste de la non-consommation. Dans un certain nombre de situations, le fait de ne plus consommer représente la meilleure solution pour éviter un risque majeur. C'est particulièrement le cas à propos de la cocaïne.

Les interventions de réduction des risques sont recommandées. Elles peuvent être déclinées selon les modes d'usage, les associations de produits à éviter et en fonction des populations spécifiques à risque élevé de complications en cas de consommation de cocaïne.

6.1 Modes d'usage

Les modes d'usage peuvent être déclinés selon un ordre décroissant de risque :

- injection = risque maximum ;
- inhalation = risque important ;
- intranasal (sniff) = moindre risque.

Cet ordre constitue un principe essentiel de réduction des risques : il faut toujours préconiser la voie intranasale, de préférence à l'inhalation ou à l'injection.

► Injection

L'injection de cocaïne, surtout en groupe, représente le facteur de risque le plus élevé, notamment en ce qui concerne les risques infectieux et les risques d'overdose. Les précautions à prendre sont celles figurant sur les brochures détaillant l'injection à moindres risques, notamment dans le document de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) intitulé « Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse »⁹.

► Inhalation

L'utilisation de pipes à *crack* en verre, facilement cassables et conduisant la chaleur, expose à des brûlures de la bouche et à des coupures des mains. L'utilisation de cutters pour couper le *crack* expose aussi à des lésions cutanées. Ces dernières peuvent constituer des portes d'entrée pour les virus des hépatites B (VHB) et C (VHC), notamment lors du partage de la pipe et de cutters entre usagers.

► Voie intranasale

La consommation par voie intranasale expose à des lésions des muqueuses nasales. Ces lésions peuvent favoriser la transmission du VHB et du VHC et, dans une moindre mesure, du VIH (moins résistant à l'air libre que le VHB et le VHC).

La voie intranasale implique de prendre les précautions suivantes :

- utiliser des pailles neuves, écraser ou tamiser la poudre, etc. ;
- n'utiliser que du matériel personnel et à usage unique (ne pas partager pailles, billets, etc.) ;
- se rincer soigneusement les narines et les fosses nasales après toute consommation et être attentif aux épistaxis.

⁹ Voir « L'injection à moindres risques » sur le site d'ASUD : (www.asud.org) et « Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse » disponible sur le site de l'Inpes : (www.inpes.sante.fr)

► Consommation de cocaïne base

Il faut mettre en garde sur l'utilisation des adjuvants chimiques (bicarbonate ou ammoniac). Du matériel existe pour réduire les risques infectieux liés au partage (« kit base »).

6.2 Associations à éviter

En raison de la majoration du risque de complications somatiques, de polydépendance, etc., il est recommandé d'éviter les associations de produits, notamment :

- cocaïne et alcool ;
- cocaïne et benzodiazépines ;
- cocaïne et amphétamines et/ou MDMA (3,4-méthylène-dioxy-méthylamphétamine ou ecstasy) ;
- cocaïne et opiacés (« speed ball ») ;
- cocaïne et GBL (gamma-butyrolactone).

6.3 Populations et situations à risque élevé

La consommation de cocaïne est particulièrement risquée :

- pendant la grossesse et pendant l'allaitement ;
- en cas d'antécédents personnels ou familiaux de troubles vasculaires coronariens ou cérébraux, d'hypertension artérielle, de crises convulsives, d'antécédents pulmonaires, etc. ;
- en cas de troubles psychiatriques ou d'antécédents de troubles psychiatriques (trouble bipolaire, troubles anxieux, schizophrénie etc.) ;
- en cas de conduite de véhicule : la conduite sous l'effet de la cocaïne est particulièrement dangereuse.

7 Stratégies pour mettre en place un sevrage thérapeutique ou faciliter la réduction de la consommation de cocaïne

7.1 Principes généraux

Quelle que soit la stratégie choisie, en ambulatoire ou à l'hôpital, avec ou sans intervention spécialisée, la prise en charge doit s'adapter à la situation clinique de la personne et répondre à ses besoins et ses attentes.

Garantir le secret professionnel constitue une condition indispensable au cadre thérapeutique.

L'existence de facteurs ayant un impact sur la réponse au traitement et la persistance de son effet souligne l'importance d'établir un programme thérapeutique structuré et individualisé.

La réduction effective de la consommation de cocaïne comme celle d'autres substances est très souvent corrélée au nombre de tentatives, à la fréquence et à l'adhésion au processus thérapeutique.

La prise en charge individuelle est la plus utilisée et la plus adaptée. Néanmoins, les prises en charge en groupe fournissent un complément utile (renforcement de l'adhésion à la prise en charge et offre de structures d'appui).

7.2 Rechercher les facteurs ayant un impact sur la réponse au traitement

► Alliance thérapeutique

L'un des éléments importants à rechercher dans la phase d'instauration de la prise en charge est une alliance thérapeutique (AT) de bonne qualité car elle favorise le maintien dans les programmes de soins. L'AT n'a pas par elle-même d'effet sur la réponse thérapeutique. Elle permet d'avoir un support dans lequel un changement peut s'opérer. L'AT doit être évaluée tout au long de la thérapie et les techniques de prise en charge utilisées doivent être adaptées en fonction de cette évaluation.

► Facteurs liés au consommateur lui-même

Le consommateur de cocaïne est le premier et principal acteur capable de modifier sa consommation. Certains consommateurs peuvent développer des stratégies qui leur permettent soit de réguler, soit d'interrompre leur consommation. Les stratégies utilisées sont notamment :

- être capable d'abstinence périodique ;
- être capable de refuser de la cocaïne quand elle est offerte ;
- consommer à faibles doses et/ou à faible fréquence ;
- consommer uniquement dans des situations particulières ;
- ne pas centrer ses activités sur la recherche de cocaïne ;
- éviter que la consommation ne prenne le dessus sur d'autres activités ;
- rationaliser les occasions de consommer de la cocaïne.

Ces stratégies s'inscrivent dans un processus de régulation (ou d'arrêt) en trois phases :

- une phase de motivation ;
- une phase d'action ;
- une phase de maintien.

Dans le cadre de la construction d'un programme de prise en charge, ces stratégies personnelles, mises en place par le consommateur, doivent être identifiées, reconnues et renforcées, car elles peuvent constituer des éléments d'appui pour adapter la prise en charge.

Les jeunes consommateurs participent peu à des programmes de soins et, quand ils le font, ils ont tendance à arrêter rapidement leur participation. Le faible degré de motivation au changement et d'engagement dans le traitement augmente le risque d'échec. Dans la première phase de la prise en charge, un travail spécifique pour susciter et renforcer la motivation au changement est nécessaire. Un accompagnement spécifique, impliquant notamment des pédopsychiatres et/ou des spécialistes des addictions dans cette population, est nécessaire pour les jeunes consommateurs.

► Rôle de l'environnement

L'existence d'un soutien social améliore la réponse au traitement. Selon les cas, l'entourage peut être constitué :

- de la famille (conjoint, parents, enfants) ;
- d'amis ;
- des enseignants ou des éducateurs chez les jeunes ;
- de collègues ou de travailleurs sociaux chez les adultes.

L'entourage permet :

- de repérer plus précocement les usages à risque (usage précoce, cumul des consommations, recherche d'excès, répétition des modalités de consommation, facteurs individuels de vulnérabilité) et l'usage nocif ;

- d'aider à modifier la consommation soit en conseillant et en accompagnant la réduction, voire l'arrêt de la consommation, soit en orientant vers des professionnels de santé ;
- d'accompagner la phase de modification des consommations.

Des difficultés sociales peuvent également faire obstacle à la démarche : absence d'emploi, de papiers, de résidence fixe, problèmes judiciaires, etc.

► **Facteurs liés aux produits et aux modes d'administration**

La quantité consommée, la fréquence et la durée de consommation sont des facteurs importants à prendre en compte. Plus ils augmentent, plus le risque d'échec de la prise en charge est important.

L'utilisation de la voie intraveineuse et l'inhalation sont associées à une moins bonne réponse au traitement.

► **Comorbidités**

La présence de comorbidités, notamment psychiatriques, peut compliquer la prise en charge. Il est important de différencier un trouble psychiatrique préexistant de symptômes psychiatriques induits par la prise de cocaïne. La stratégie thérapeutique est à envisager de manière globale, permettant, le cas échéant, une prise en charge adaptée des comorbidités somatiques et psychiatriques.

► **Polyconsommation**

La polyconsommation est un facteur important à prendre en compte, notamment la polydépendance. Une dépendance à l'alcool concomitante d'une dépendance à la cocaïne au début de la prise en charge augmente le risque d'échec.

7.3 Identifier les personnes nécessitant un abord spécifique

Certaines circonstances nécessitent des précautions particulières en raison du risque potentiel d'évolution péjorative au cours de la prise en charge :

- âge précoce de début de la consommation ;
- ancienneté de la consommation ;
- célibat ;
- instabilité de résidence ;
- problèmes judiciaires ;
- antécédent de traitement pour dépendance à l'alcool ;
- polyconsommation de substances psychoactives ;
- dépendance à la cocaïne ;
- sévérité des problèmes addictifs ;
- être un usager revendeur de cocaïne ;
- présence de comorbidités psychiatriques (pathologies mentales et troubles de la personnalité).

Isolément, la présence de chacun de ces critères ne conduit pas forcément à des difficultés au cours du soin, mais la combinaison de plusieurs d'entre eux implique une prise en charge structurée et intégrée avec des intervenants spécialisés en addictologie.

7.4 Faire une évaluation clinique

Le premier temps de la rencontre est celui de l'évaluation du consommateur de cocaïne. Un recueil de données est nécessaire :

- histoire personnelle ;

- environnement ;
- histoire de la consommation de cocaïne ;
- histoire des consommations associées ;
- stratégies déjà mises en place par l'utilisateur pour réguler ou arrêter sa consommation ;
- comorbidités psychiatriques et somatiques.

Quel que soit le stade dans le parcours de consommation, il est nécessaire d'avoir des informations sur :

- l'âge de début de la consommation ;
- la fréquence, la voie d'administration, la quantité consommée et les dépenses associées ;
- les situations à risque (analyse fonctionnelle de ces situations à risque) ;
- l'utilisation d'autres substances psychoactives, dont l'alcool ;
- les conduites à risque de contamination virale liées aux voies d'administration utilisées ;
- les conduites sexuelles à risque ;
- la survenue d'idées délirantes (à thématique de persécution), de symptômes anxieux, dépressifs et d'idées suicidaires.

L'examen somatique doit notamment comprendre un examen :

- cardio-vasculaire ;
- respiratoire ;
- dermatologique, à la recherche de complications locales infectieuses ;
- ORL si la voie intranasale est utilisée ;
- bucco-dentaire.

Cette évaluation globale permet de construire les différentes étapes de la prise en charge et de prioriser certaines de ses modalités en fonction des besoins identifiés. Les modalités comprennent notamment :

- un accompagnement adapté, c'est-à-dire respectueux des attentes de l'utilisateur et tenant compte des offres des acteurs professionnels ;
- une intervention précoce dans le cadre du repérage ;
- un entretien motivationnel ;
- un « *counseling* » ;
- un traitement psychothérapeutique ;
- une prise en charge psychosociale ;
- un traitement médicamenteux.

7.5 Accompagnement

L'accompagnement doit considérer la situation de la personne au moment de la rencontre, évaluer les priorités médicales, sociales, judiciaires, et définir à partir de cette évaluation des objectifs à court, moyen et long terme. Il doit s'adapter à sa situation sociale.

L'accompagnement repose sur l'articulation de trois axes :

- la consultation médicale ;
- le soutien psychosocial ;
- le soutien psychologique.

► Consultation médicale

Elle consiste à proposer :

- un bilan somatique (cardiologique, hépatique, neurologique, ORL, etc.) ;
- une évaluation neuropsychologique (bilan des fonctions cognitives) ;
- une évaluation des comorbidités psychiatriques (trouble de l'humeur, trouble hyperactif avec déficit de l'attention, trouble anxieux, etc.).

► Soutien psychosocial

Le soutien psychosocial constitue une part essentielle de la prise en charge car la consommation de cocaïne, notamment la consommation de cocaïne base (*crack, free base*), est souvent associée à une désinsertion sociale.

Les actions de soutien psychosocial sont diversifiées : elles vont de la simple aide ponctuelle pour ceux qui ont pu préserver une intégration sociale efficace, à une aide plus importante (soutien dans leurs démarches éventuelles auprès des autorités judiciaires et accompagnement pour une insertion socioprofessionnelle, etc.).

► Soutien psychologique

Il permet le repérage des éventuelles problématiques psychologiques et aide à définir la place que la consommation de cocaïne occupe dans la vie de la personne.

Il contribue à éviter les rechutes en travaillant à court terme avec la personne sur les moyens à mettre en œuvre. L'engagement dans une prise en charge psychothérapeutique peut être proposé.

7.6 Repérage et intervention précoce

► Repérage

Les complications somatiques possibles, les dommages sociofamiliaux et relationnels induits et les potentialités addictives du chlorhydrate de cocaïne ou de la cocaïne base sont tels que toute consommation occasionnelle peut être considérée comme un usage potentiellement à risque et doit donc impliquer une intervention adaptée (informations, conseils de réduction des risques, etc.).

Le repérage de l'usage nocif peut se faire par la mise en évidence des dommages sanitaires, sociofamiliaux ou relationnels induits.

Après ce repérage, la phase suivante consiste en l'évaluation des facteurs de majoration des risques qui sont également des facteurs de gravité. Cette évaluation doit tenir compte des modalités de consommation et de l'existence de facteurs de risque individuels et sociaux.

Plusieurs facteurs concourent au passage de l'usage occasionnel à l'usage nocif, voire à la dépendance à la cocaïne. L'ensemble de ces facteurs peut être synthétisé sous forme de cinq indicateurs :

- la précocité de l'usage ;
- les conduites d'excès (la consommation fréquente et/ou en quantités élevées, et l'usage en dehors des conditions « habituelles », régulées, de consommation, le mode d'administration) ;
- le cumul des consommations (polyconsommations et associations de produits) ;
- les facteurs individuels de vulnérabilité ;
- la marginalisation concomitante à la répétition croissante des consommations.

Ces indicateurs peuvent être utilisés pour l'évaluation dans le cadre d'un repérage précoce et pour engager un dialogue avec les usagers.

Une évaluation précise de la consommation de cocaïne ainsi que des modes et des types de conduite et de comportement, outre son intérêt clinique, pronostique et thérapeutique, est un moyen d'engager un dialogue ouvert et authentique avec les usagers.

L'objectivation de la consommation, sans la banaliser ni la dramatiser, est pour l'usager de cocaïne un temps privilégié pour faire le point sur ses pratiques et identifier les changements qui lui paraissent souhaitables et accessibles.

Le repérage doit être associé autant que possible à une intervention précoce, afin d'apporter l'aide adaptée pour éviter l'entrée dans un processus addictif.

► **Intervention précoce**

L'intervention précoce concerne des consommateurs de cocaïne qui sont en contact avec divers services éducatifs, sociaux, judiciaires ou de santé. Elle est particulièrement adaptée à ceux qui, à ce moment de leur trajectoire, n'ont pas forcément besoin d'une intervention thérapeutique intensive et peuvent modifier leur comportement avant qu'il ne s'aggrave et ne devienne chronique.

► **Comment réaliser une intervention précoce ?**

L'intervention précoce est réalisée, le plus souvent, par des acteurs proches de la population cible, en particulier les professionnels de santé sensibilisés et formés pour cette action par des professionnels de l'addictologie (par exemple, médecins généralistes, médecins des établissements scolaires, urgentistes, obstétriciens, sages-femmes, infirmières, travailleurs sociaux, équipes de réduction des risques, etc.).

Elle consiste à utiliser le temps de « repérage » pour sensibiliser le consommateur, accroître sa réceptivité, favoriser sa réflexion, son auto-observation et sa motivation au changement. Pour cela différentes approches peuvent être utilisées :

- simple conseil ;
- interventions brèves ;
- approche motivationnelle.

Les objectifs en sont multiples. Il s'agit d'informer les usagers au plus près de leurs pratiques sur divers facteurs de risque : qualité des produits, modalités d'administration, associations de produits. Il faut inciter à la discontinuité des prises et à la modération, et favoriser l'accès aux soins et aux prestations sociales.

Ces différentes interventions sont fondées sur trois principes de soutien :

- l'auto-évaluation de la consommation personnelle ;
- la perception des risques encourus et des dommages déjà advenus ;
- l'intérêt au changement.

Une relation de confiance avec l'utilisateur est indispensable pour l'aider à s'auto-évaluer et à percevoir les différents risques encourus. Des questionnaires peuvent être d'un apport complémentaire pour cette auto-évaluation (niveau de consommation, gravité des complications, risques potentiels, etc.).

Malgré l'intérêt majeur des outils d'auto-évaluation dans le repérage, il n'existe pas d'outils spécifiques pour la cocaïne. Il est recommandé de construire et valider ce type de questionnaire. On peut cependant s'aider, par exemple :

- du flyer-questionnaire « repères », élaboré avec Technoplus¹⁰ ;
- de l'ADOSPA, questionnaire validé en langue française, qui peut être utilisé pour repérer précocement l'usage nocif de substances psychoactives chez un adolescent ou un jeune adulte.

7.7 Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel (EM) est une thérapie semi-directive centrée sur le consommateur, visant sans confrontation à augmenter la motivation intrinsèque par l'exploration et la résolution de l'ambivalence.

L'EM seul n'a pas d'impact sur le taux d'abstinence dans le cadre de la prise en charge des consommateurs de cocaïne. Il doit être combiné à d'autres stratégies psychothérapeutiques

¹⁰ Téléchargeable sur le site Internet de Technoplus (www.technoplus.org)

pour avoir un effet sur le suivi, sur l'adhésion à la prise en charge et sur la réduction de la consommation, en particulier chez les consommateurs abuseurs ou dépendants (grade B). Un nombre limité de séances d'EM peut aider les abuseurs ou dépendants à la cocaïne au début de leur prise en charge.

Il est possible, avec l'accord préalable de la personne, d'ajouter un suivi effectué par téléphone par un professionnel formé aux addictions dans la semaine qui suit le ou les premiers entretiens. Cela permet de renforcer la décision de la personne pour entrer dans un programme thérapeutique.

7.8 *Drug counseling*

Le *drug counseling* est une approche éducative basée sur l'intervention d'un groupe de pairs. Cela consiste à donner des informations sur la cocaïne, ses dangers et à apporter une aide à la réduction, puis à l'arrêt des consommations en interaction avec un « *counselor* » et/ou un groupe de pairs. La supervision du « *counselor* » par un intervenant formé à la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives fait partie intégrante de cette méthode. Cette méthode évaluée de manière positive dans la littérature internationale n'est pas encore développée en France.

Le *drug counseling* s'adresse aux consommateurs abuseurs ou dépendants. Il peut être utilisé à toutes les étapes de la prise en charge en complément des autres modalités thérapeutiques.

Dans l'attente du développement de cette méthode en France, la participation à des groupes d'autosupport (ASUD) et d'entraide (de type Narcotiques Anonymes, Cocaïne Anonymes) peut être proposée.

7.9 Psychothérapies

Les psychothérapies sont une composante importante de la prise en charge. Elles s'intègrent dans le cadre d'une approche multimodale dans les centres spécialisés. Elles s'adressent aux usagers dépendants.

Les principales psychothérapies adaptées pour la prise en charge des consommateurs de cocaïne sont :

- les thérapies psychodynamiques ;
- la thérapie cognitive et comportementale (TCC) ;
- les thérapies systémiques ;
- les thérapies comportementales (gestion des contingences ou stratégie comportementale basée sur les récompenses, renforcement communautaire).

► Thérapies psychodynamiques

Les thérapies psychodynamiques ont pour objectif de révéler les conflits intrapsychiques considérés comme sous-jacents au comportement addictif et de décaler la réflexion du patient en prenant en compte sa globalité psychologique. Ces thérapies travaillent sur les notions de responsabilité et de souffrance propres au sujet.

Elles visent avant tout à :

- interroger la place du produit dans l'économie psychique et l'histoire singulière du sujet ;
- restaurer une image de soi détériorée ou dévalorisée ;
- favoriser le retour des émotions, des sentiments ;
- entamer un travail de deuil, revaloriser les limites qui protègent ;
- restaurer une image inconsciente du corps qui permette au sujet de mieux réagir face aux difficultés et aux tentations.

Elles s'inscrivent dans le cadre d'un suivi ambulatoire au long cours. Elles peuvent être proposées à des temps différents de la prise en charge selon l'évolution clinique et peuvent être complémentaires d'une TCC.

► **Thérapie cognitive et comportementale**

La TCC est une méthode globale qui s'intéresse non seulement à la consommation de cocaïne, mais aussi aux difficultés sous-jacentes en lien avec cette consommation. Elle comprend deux parties indissociables qui sont l'analyse fonctionnelle et l'acquisition de nouvelles compétences cognitives et comportementales, notamment pour faire face (« *coping* ») à la consommation et aux problèmes qui ont été à l'origine de la consommation et de son maintien.

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 raisons cognitives et émotionnelles de la consommation sont primordiaux à aborder lors de l'analyse fonctionnelle.

Plusieurs études ont démontré l'efficacité de l'entraînement aux compétences pour faire face dans le traitement des patients dépendants à la cocaïne, en particulier pour les plus sévèrement dépendants (grade B): stratégies de *coping* opérantes, stratégies d'évitement et techniques d'affirmation de soi (gérer les relations interpersonnelles autrement que par la passivité ou l'agressivité).

Dans les premiers entretiens, il faut définir un objectif commun avec le patient. La psychothérapie doit s'intéresser à la fois à sa consommation et à son histoire personnelle et familiale.

Les thèmes abordés au cours des différentes séances sont notamment :

- faire face au *craving* et le gérer ;
- renforcer la motivation ;
- acquérir des compétences pour résister aux sollicitations ;
- reconnaître des situations à risque de consommation ;
- généraliser les stratégies pour faire face aux envies de consommer de la cocaïne ;
- résoudre des problèmes urgents dont la non-résolution peut être un facteur de risque.

Le thérapeute peut modifier l'ordre des séances en fonction du patient. Deux, voire 3 séances sont possibles par thème.

La TCC envisagée doit être présentée au patient au début de sa prise en charge. Elle fait partie d'un programme thérapeutique structuré et doit durer au moins 12 semaines avec un suivi hebdomadaire.

La TCC est habituellement proposée en ambulatoire, le plus souvent de manière individuelle. Elle a été évaluée dans différents groupes de consommateurs de cocaïne (dépendants à la cocaïne ou dépendants à la cocaïne et à l'alcool). Elle est particulièrement adaptée lorsqu'il existe des facteurs déclenchants aisément identifiés, lorsqu'il existe un *craving* important, c'est-à-dire une souffrance marquée liée à l'impossibilité de résister à la consommation.

En ambulatoire, la TCC n'est généralement pas indiquée en première intention pour les patients :

- ayant un trouble psychotique ou bipolaire non stabilisé par les médicaments ;
- en grande précarité ;
- non stabilisés sur le plan somatique ;
- ayant un usage problématique d'autres substances, à l'exception du tabac.

Ces patients nécessitent d'être stabilisés avant d'entamer une TCC.

En revanche, une mesure de soins sous contrainte (obligation de soins ou injonction thérapeutique) et l'existence d'un trouble de la personnalité ne sont pas des contre-indications à la TCC.

► **Thérapies systémiques**

La thérapie familiale est une modalité importante de prise en charge. Le soutien familial est un facteur primordial dans la reconstruction de la personne, le maintien dans un processus thérapeutique et le maintien d'une abstinence à long terme.

► **Gestion des contingences (stratégie comportementale basée sur les récompenses)**

La gestion des contingences est une technique purement comportementale basée sur le principe que tout comportement renforcé positivement a tendance à être répété. Elle a comme principal but d'instaurer ou de rétablir un comportement fondé sur un renforcement non lié à la prise de drogues. Des bons de valeur croissante sont remis en échange de dosages urinaires négatifs en cocaïne ; leur valeur décroît si les dosages sont positifs.

Les données de la littérature montrent que la gestion des contingences favorise le début et le maintien de l'abstinence à la cocaïne. Cette approche thérapeutique a démontré son efficacité sur le taux de participation au programme, le début et la durée de l'abstinence sur une période de 3 mois chez les patients dépendants à la cocaïne (grade B) et chez les patients polyconsommateurs (cocaïne + alcool [grade C]), cocaïne + héroïne [grade B]).

Les objectifs de cette modalité de prise en charge sont multiples :

- abstinence ;
- développement d'activités non associées à la recherche de drogues ;
- augmentation de l'observance thérapeutique ;
- régularité des consultations.

La gestion des contingences a un effet à court terme. Pour avoir un effet à long terme, il est nécessaire de la combiner à une autre approche thérapeutique, par exemple par TCC, renforcement communautaire ou accompagnement psychosocial.

En France, cette modalité thérapeutique n'a pas été évaluée. Elle ne répond pas à la conception de la prise en charge en France (différences culturelles, historiques, de système d'organisation de soins). Il est important de rappeler que l'accès aux services sociaux ne doit en aucun cas être conditionné à l'adhésion au traitement. L'accompagnement social proposé dans le cadre de la prise en charge en France peut renforcer la réduction des consommations et aider la personne à développer des activités non liées à la prise de substance. Néanmoins, compte tenu des effets positifs retrouvés dans la littérature, il est recommandé de réaliser des études cliniques pour évaluer cette modalité thérapeutique dans le contexte français.

7.10 Prise en charge psychosociale

La prise en charge psychosociale doit faire partie intégrante du programme de soins des patients dépendants à la cocaïne. Elle a un effet sur la réduction de la consommation et sur la rétention dans le programme.

Elle consiste essentiellement en un accompagnement socio-éducatif (hébergement par exemple), une participation active aux groupes de parole ou d'entraide, la mise en place d'un groupe artistique, d'une formation professionnelle, la possibilité de contacts fréquents avec un travailleur social et un travail avec les familles.

Son efficacité est observée lorsqu'elle est combinée à d'autres approches thérapeutiques, notamment la TCC, la psychothérapie de soutien ou les thérapies psychodynamiques.

Elle peut être intégrée dans les programmes de soins ambulatoires ou résidentiels.

La participation aux groupes d'entraide comme par exemple les Narcotiques Anonymes (NA) ou Cocaïne Anonymes (CA) est recommandée, de manière adjuvante, dans la prise en charge à long terme des sujets dépendants à la cocaïne. Une participation active à ces groupes permet une réduction de la consommation ou le maintien d'une abstinence.

7.11 Acupuncture

L'acupuncture n'est pas spécifique de la prise en charge de l'addiction à la cocaïne. Il s'agit d'une technique thérapeutique adjuvante. En pratique clinique, un effet positif relaxant est constaté. Cependant, elle n'a d'effet ni sur le *craving*, ni sur l'abstinence.

8 Indicateurs de suivi

Au cours de la prise en charge, l'évaluation et le suivi de certains indicateurs sont nécessaires afin d'adapter la stratégie en fonction de leurs résultats.

► *Craving*

Le *craving* est un indicateur important à prendre en compte. Il est recommandé de l'évaluer régulièrement en termes de fréquence, intensité et durée.

La gestion du *craving* fait appel à la recherche de facteurs déclenchants afin d'aider le patient à les surmonter, approche notamment formalisée dans la cadre des TCC.

Les principaux éléments du travail de psychothérapie sur le *craving* sont :

- comprendre l'expérience de *craving* du patient ;
- expliquer au patient le caractère normal et la durée limitée dans le temps du *craving* ;
- identifier les stimuli et les déclencheurs du *craving* ;
- transmettre et pratiquer les techniques qui permettent de le gérer.

► Symptômes de sevrage

A l'arrêt de la consommation, un syndrome de sevrage peut être observé (cf. encadré 1). Les symptômes apparaissent quelques jours après l'arrêt de la cocaïne et peuvent persister pendant 1 à 10 semaines. Ils passent souvent inaperçus. Le sujet est fatigué pendant quelques jours et « récupère » par le simple repos. Rarement, il s'agit d'un état dépressif grave avec idées suicidaires nécessitant une hospitalisation.

► Autres indicateurs de suivi

D'après la littérature, plusieurs facteurs évalués au cours de la prise en charge peuvent être utilisés comme indicateurs de suivi en raison de leur impact sur la réponse au traitement. Ce sont notamment :

- la consommation d'alcool dans les 30 derniers jours ;
- la consommation de cocaïne dans les 30 derniers jours ;
- la participation aux réunions de groupe d'entraide ;
- le niveau de soutien social ;
- l'objectif du patient en termes d'abstinence ;
- le sentiment personnel d'efficacité.

9 Place des traitements médicamenteux

Aucun agent pharmacologique n'a d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en France dans le traitement des symptômes et complications liés à l'usage de cocaïne. Cependant, de nombreux essais cliniques ont permis d'identifier des agents pharmacologiques qui peuvent être utilisés dans certaines phases de la prise en charge des consommateurs de cocaïne (euphorie, symptômes de sevrage, *craving*, maintien d'abstinence).

La prescription d'un de ces médicaments doit mentionner l'absence d'AMM. Elle doit se faire dans le cadre d'un programme structuré, par une équipe spécialisée en addictologie, incluant une psychothérapie, quelle qu'elle soit, adaptée au patient (thérapie de soutien,

psychodynamique, cognitivo-comportementale, etc.) et une prise en charge psychosociale. La participation à des groupes type NA ou CA peut être associée.

Les traitements médicamenteux peuvent être utilisés en fonction de l'objectif recherché :

- la gestion du syndrome de sevrage ;
- la prévention de la rechute et l'aide au maintien de l'abstinence ;
- le traitement des effets d'une intoxication aiguë à la cocaïne.

Il n'existe pas de traitement de substitution de la cocaïne. En aucun cas, la buprénorphine haut dosage et la méthadone ne sont des traitements de substitution de la cocaïne.

Les cibles cliniques du traitement médicamenteux sont l'euphorie, les symptômes de sevrage et le *craving* induits par la cocaïne.

9.1 Gestion du syndrome de sevrage

► N-acétylcystéine (pas d'AMM dans cette indication)

La N-acétylcystéine peut être utilisée hors AMM pour un sevrage thérapeutique, en ambulatoire ou hospitalier, chez des patients dépendants (chlorhydrate de cocaïne ou cocaïne base), sauf chez la femme enceinte dépendante. Une réduction modérée du syndrome de sevrage et du *craving* est constatée (grade C).

La posologie proposée est de 1 200 mg/j (en 3 prises) pendant 21 jours. Elle peut être augmentée à 2 400 mg/j voire 3 600 mg/j. Il est nécessaire d'évaluer cliniquement la réduction des symptômes de sevrage et du *craving*.

La prescription de la N-acétylcystéine n'est pas recommandée en cas :

- d'hypersensibilité à l'un des constituants ;
- d'intolérance au fructose ;
- de déficit en sucrase-isomaltase ;
- de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ;
- de déficit en lactase ;
- d'intolérance génétique au galactose.

L'ensemble des effets indésirables de ce médicament est intégralement répertorié dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP). Les effets indésirables les plus fréquents sont :

- douleurs épigastriques ;
- nausées ;
- diarrhée ;
- prurit ;
- céphalées.

9.2 Prévention de la rechute

► Topiramate (pas d'AMM dans cette indication, inscrit sur la liste 1 des substances vénéneuses)

Le topiramate peut être utilisé hors AMM dans le cadre de la prévention de la rechute chez le patient dépendant à cocaïne (grade C). Dans cette indication, sa prescription est réservée aux centres spécialisés en addictologie.

La posologie proposée est de 100 à 200 mg/j. Elle doit être atteinte progressivement. Les schémas posologiques possibles sont :

- 25 mg/j le soir pendant une semaine, puis augmentation progressive de la posologie de 25 ou 50 mg/j en 2 prises, par paliers d'une ou 2 semaines pour atteindre 100 mg/j ;

- 25 mg/j le soir pendant une semaine, puis augmentation progressive de la posologie de 25 ou 50 mg/j jusqu'à 100 mg/j, en 2 prises, par paliers d'une ou 2 semaines pour atteindre 200 mg/j.

Avant l'instauration du traitement, les examens suivants doivent notamment être pratiqués : bilan hépatique complet, ionogramme sanguin, hémogramme, urée et créatinine plasmatiques, ECG, test de grossesse.

La durée du traitement dans les études disponibles est de 3 mois. L'arrêt du traitement doit être progressif et contrôlé médicalement.

Le topiramate est contre-indiqué en cas :

- d'hypersensibilité à l'un des constituants du produit ;
- d'hypersensibilité connue aux sulfamides ;
- d'association avec le millepertuis ;
- de grossesse et d'allaitement.

L'ensemble des effets indésirables de ce médicament est intégralement répertorié dans le RCP. Les effets indésirables les plus fréquents, rapportés surtout en début de traitement, sont :

- paresthésies ;
- somnolence ;
- nervosité ;
- anorexie avec perte de poids ;
- asthénie ;
- nausées, douleurs abdominales ;
- augmentation des enzymes hépatiques.

► **Disulfirame (pas d'AMM dans cette indication, inscrit sur la liste 1 des substances vénéneuses)**

Le disulfirame peut être utilisé hors AMM en prévention de rechute chez les patients ayant une double dépendance à l'alcool et la cocaïne (grade B). Dans cette indication, il est réservé aux centres spécialisés en addictologie. Le maintien de l'abstinence pour la cocaïne est meilleur chez les patients qui réussissent à ne pas consommer d'alcool pendant toute la durée du traitement.

La posologie proposée est de 250 mg/j.

Avant l'instauration du traitement, les examens suivants doivent notamment être pratiqués : bilan hépatique (recherche d'une cytolyse ou cholestase préexistantes), ECG, fond d'œil (recherche de neuropathie optique), électroencéphalogramme (recherche de signes d'épilepsie), test de grossesse.

La durée du traitement est de 12 semaines.

Le disulfirame est contre-indiqué en cas :

- d'hypersensibilité au disulfirame ou à l'un des autres constituants du comprimé ;
- d'insuffisance hépatique sévère ;
- d'insuffisance rénale ;
- d'insuffisance respiratoire sévère ;
- de diabète ;
- d'atteintes neuropsychiques ;
- d'atteinte cardio-vasculaire ;
- de prise de boissons alcoolisées ou de médicament contenant de l'alcool depuis moins de 24 heures.

L'ensemble des effets indésirables de ce médicament est intégralement répertorié dans le RCP. Les effets indésirables les plus fréquents sont :

- somnolence, fatigue en début de traitement ;
- goût métallique dans la bouche ;
- troubles digestifs ;

- polynévrite des membres inférieurs ;
- atteinte de la vision ;
- troubles du comportement et de la mémoire ;
- céphalées ;
- allergie cutanée.

9.3 Prise en charge des effets aigus liés à une intoxication aiguë

Le traitement de l'intoxication aiguë consiste principalement à agir sur les symptômes engendrés par la consommation tels que l'hyperexcitation physique et psychique, les hallucinations, l'anxiété.

Un traitement des manifestations somatiques de l'intoxication aiguë peut être nécessaire, en milieu spécialisé, notamment en cas de complication cardio-vasculaire (syndrome coronarien aigu, trouble du rythme, HTA) ou neurologique (crise convulsive, AVC).

Il n'existe à ce jour aucun antidote spécifique du surdosage (overdose) en cocaïne.

En cas d'effets aigus dommageables, les benzodiazépines de demi-vie longue peuvent être utilisées sur une courte durée (moins de 2 semaines) et sous contrôle médical strict. Le potentiel addictogène des benzodiazépines ne doit pas être négligé.

Les antipsychotiques peuvent être envisagés en cas de symptômes délirants ou hallucinatoires. Cependant, ces molécules ne doivent pas être utilisées en première intention, car elles peuvent aggraver les manifestations somatiques de l'intoxication aiguë.

Il n'existe aucune preuve de l'efficacité des anticonvulsivants sur les épilepsies induites.

9.4 Médicaments inappropriés

Les agonistes dopaminergiques comme l'amantadine et la bromocriptine n'ont pas montré d'efficacité dans le traitement de la dépendance à la cocaïne. Il en est de même pour le baclofène le valproate de sodium, la carbamazépine et la gabapentine. Les antidépresseurs comme l'imipramine, la désipramine et la fluoxétine n'ont pas d'effet sur la consommation. Enfin, les neuroleptiques conventionnels comme l'halopéridol ou les antipsychotiques atypiques comme l'olanzapine et la risperidone sont inefficaces en cas de dépendance ; il est recommandé de ne pas les prescrire dans ce contexte.

9.5 Perspectives concernant le traitement médicamenteux

Au niveau international, plusieurs essais cliniques sont en cours d'élaboration pour tester l'efficacité de certains médicaments dans la prise en charge de la dépendance à la cocaïne. Dans la base d'essais cliniques répertoriés au niveau international par le *National Institute of Health* (USA : <http://clinicaltrials.gov/>), des études sont en cours pour tester notamment le topiramate, le modafinil, la d-amphétamine, l'aripiprazole, la varénicline, l'acamprosate, un vaccin, etc. dans la prise en charge de la dépendance à la cocaïne. En France, un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) a été accepté pour le modafinil dans la prise en charge des consommateurs de cocaïne.

Annexe 1. Courrier de saisine.

REÇU LE
28 AOUT 2008
DIRECTION



College
Saisine

*-Ministère de la Santé,
de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative*

La Ministre

CAB 3 LB/JM Me.D.08.8821

Paris, le

PRESIDENCE
Courrier reçu le,

21 AOUT 2008

26 AOUT 2008

Monsieur le président,

Enrgt n° 1009

La consommation de cocaïne atteint des niveaux très importants et s'étend désormais à tous les milieux socio professionnels. Le nombre d'utilisateurs réguliers était estimé à 250 000 en 2005. On évalue à un million le nombre d'expérimentateurs parmi les 12-75 ans. Les Antilles, la Guyane et la région parisienne sont en outre particulièrement touchées par la consommation de cocaïne fumable sous forme basée («crack »).

Or la consommation de cocaïne ou de « crack » présente des risques sanitaires souvent ignorés des consommateurs, et méconnus des professionnels de santé. Il n'existe pas aujourd'hui de protocoles thérapeutiques validés et peu de dispositifs de soins sont adaptés aux consommations problématiques de cocaïne. Les résultats intermédiaires d'une enquête, menée sous l'égide de l'OFDT, montrent que les professionnels de santé (médecins et psychologues) sont en attente de référentiels permettant de guider la prise en charge des patients pour leur consommation de cocaïne et/ou « crack », ainsi que pour les complications somatiques ou psychiatriques en lien avec cette consommation.

Je vous demande donc de bien vouloir inscrire au programme de travail de la Haute Autorité de Santé l'élaboration de recommandations professionnelles pour de telles prises en charge. Ce travail devrait ainsi permettre de répondre aux questions suivantes :

- Quelle(s) sont les modalités(s) de dépistage et de prise en charge d'une consommation problématique de cocaïne ?
- Devant quel(s) symptômes(s) ou syndrome(s) une consommation de cocaïne doit-elle être évoquée ?
- Ce(s) symptôme(s), causé(s) ou aggravé(s) par une telle consommation, nécessite(nt)-il(s) des modalités de prise en charge particulières et, si oui, lesquelles ?

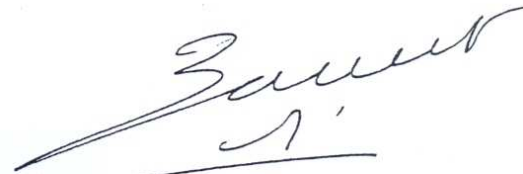
Monsieur Laurent DEGOS
Président de la Haute Autorité de Santé
2, Avenue du Stade de France
93218 LA PLAINE CEDEX

*14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00
www.sante.gouv.fr*

Je vous précise que cette demande s'inscrit dans le cadre du nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies.

Mes services, notamment la direction générale de la santé, se tiennent à votre disposition pour définir plus précisément avec vous les objectifs et les modalités de ce travail.

Je vous prie d'agréer, monsieur le président, l'assurance de ma considération distinguée *et la meilleure.*



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des recommandations professionnelles. Elle repose, d'une part, sur l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et, d'autre part, sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème des recommandations.

► **Choix du thème de travail**

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

► **Comité d'organisation**

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Ce comité définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les professionnels concernés. Il signale les travaux pertinents, notamment les recommandations, existants. Il propose des professionnels susceptibles de participer aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

► **Groupe de travail**

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale et scientifique pertinente. Il rédige ensuite l'argumentaire scientifique des recommandations en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

► **Rédaction de la première version des recommandations**

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

► **Groupe de lecture**

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des relecteurs du comité de validation des recommandations au sein de la HAS.

► **Version finale des recommandations**

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par le comité de validation des recommandations. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. Le comité rend son avis au Collège de la HAS.

► **Validation par le Collège de la HAS**

Sur proposition du comité de validation des recommandations, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

► **Diffusion**

La HAS met en ligne sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

► **Travail interne à la HAS**

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

► **Gradation des recommandations**

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (cf. § 1.4).

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont celles qui sont fondées sur un accord professionnel. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Pour en savoir plus sur la méthode d'élaboration des recommandations pour la pratique clinique, se référer au guide publié par l'Anaes en 1999 : « Les recommandations pour la pratique clinique - Base méthodologique pour leur réalisation en France ». Ce guide est téléchargeable sur le site Internet de la HAS : www.has-sante.fr.

Participants

Sociétés savantes et associations professionnelles

Les institutions, sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

- ANITEA Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie
- ASUD Association d'autosupport des usagers de drogue
- CNQSP Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
- CNGOF Collège national des gynécologues et obstétriciens français
- OFDT Observatoire français des drogues et des toxixomanies
- DGS Direction générale de la santé (bureau des pratiques addictives)
- MILDT Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies
- SFMU Société française de médecin d'urgence
- FFA Fédération française d'addictologie
- SFDRMG Société française de documentation et de recherche en médecine générale
- SFTG Société de formation thérapeutique du généraliste
- CNGE Collège national des généralistes enseignants
- SFMG Société française de médecine générale
- SFC Société française de cardiologie
- SFN Société française neurovasculaire
- CNOSF Conseil national de l'ordre des sages-femmes
- AFSSAPS Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
- RAVMO Réseau addictions Val de Marne Ouest
- Association AIDES
- Association SAFE

Comité d'organisation

M. Jean-Louis Bara, représentant d'usagers, directeurs de CAARUD, Aulnay-sous-Bois
Dr Mme Tiphaine Canarelli, médecin de santé publique, Saint-Denis
Dr Elisabeth Chorrin-Cagnat, médecin généraliste, Mandres-les-Roses
Dr Jean-Michel Costes, directeur de l'OFDT, Saint-Denis
Dr Jean-Michel Delile, psychiatre, Bordeaux
Dr Ruth Gozlan, coordinatrice pôle santé/recherche, MILDT, Paris
Dr Laurent Karila, psychiatre-addictologue, Villejuif
Dr Frédéric Lapostolle, Samu 93, Bobigny

M. Pascal Melihan-Cheinin, chef du bureau des pratiques addictives, DGS, Paris
Dr Isabelle Plaquet, médecin généraliste, Villejuif
Dr Nicolas Prisse, médecin de santé publique, DGS, Paris
Pr Michel Reynaud, psychiatre-addictologue, Villejuif
Dr Didier Touzeau, psychiatre-addictologue, Villejuif
M. Brice Kitio, HAS, Saint-Denis
Dr Patrice Dosquet, HAS, Saint-Denis

Groupe de travail

Dr Laurent Karila, psychiatre-addictologue, Villejuif - président du groupe de travail
Dr Olivier Phan, psychiatre-addictologue, Paris - chargé de projet
Dr Mélina Fatséas, psychiatre, addictologue, Bordeaux - chargée de projet
M. Brice Kitio, chef de projet, HAS, Saint-Denis

Pr Marc Auriacombe, psychiatre, addictologue, Bordeaux
Dr Anne Besnier, gynécologue obstétricien, Cherbourg
Dr Franck Boccara, cardiologue, Paris

Dr Mme Tiphaine Canarelli, médecin de santé publique, Saint-Denis
Dr Agnès Cadet-Taïrou, médecin de santé publique, responsable du pôle TREND, OFDT, Saint-Denis

Dr Jean-Michel Costes, directeur de l'OFDT,
Saint-Denis

Dr Jean-Pierre Daulouède, psychiatre-
addictologue, Bayonne

Dr Jean-Michel Delile, psychiatre, Bordeaux

Dr Jean-Louis Froideval, médecin généraliste,
Ambès

Dr Philippe Jean, urgentiste intra-hospitalier,
Marseille

Dr Frédéric Lapostolle, Samu 93, Bobigny

Dr Alain Morel, psychiatre, addictologue,
Boulogne-Billancourt

M. Fabrice Olivet, représentant d'usagers,
Paris

Dr Nathalie Richard, pharmacien, Afssaps,
Saint-Denis

Dr Marc Valleur, psychiatre, Paris

Groupe de lecture

Mme Agnès Baraille, sage-femme, Limoges

Dr Philippe Batel, médecin-addictologue,
Clichy

Dr Guillaume Bayet, médecin généraliste-
addictologue, Marseille

Dr Amine Beyamina, médecin-psychiatre,
Villejuif

Dr Philippe Binder, médecin généraliste,
addictologue, Lussant

Dr Jean-Pierre Boyer, psychiatre, Saint-Egrève

Dr François Brun, médecin généraliste,
Marseille

Dr Martine Carpentier, psychiatre-coordonateur,
Versailles

Dr Pierre Carron, urgentiste, Lausanne -
Suisse

Dr Philippe Castera, médecin généraliste,
Bordeaux

Dr Alain Dervaux, psychiatre-addictologue,
docteur en neurosciences, Paris

Dr Samira Djezzar, médecin interniste-
addictologue, Paris

Mme Claude Doyen, sage-femme, Strasbourg

Dr Pascal Galland, addictologue, Béziers

Dr Régis Garrigue, urgentiste, Lille

Dr Guy Goszlan, psychiatre, Paris

Dr Eric Guillem, psychiatre-addictologue, Paris

Dr Morgane Guillou-Landréat, psychiatre-
addictologue, Morlaix

Dr Eliane Herran, addictologue, Bayonne

Dr Claude Jacob, psychiatre, Metz

Dr Jérôme Lacoste, psychiatre, Fort-de-France

Dr Xavier Laqueille, psychiatre, Chef du
service d'addictologie, Paris

Dr Philippe Lascar, psychiatre, Villejuif

Pr Claude Lejeune, pédiatre néonatalogiste,
Colombes

Dr Dominique Line, médecin coordonnateur,
Soissons

Dr Isabelle Martineau, addictologue, La Roche-
sur-Yon

Mme Christine Morin, sage-femme
enseignante, Bordeaux

Dr Laure Nacache-Lévy, addictologue, Lyon

Pr Aimé-Charles Nicolas, psychiatre-
addictologue, Fort-de-France

Dr Jean-Yves Panici, médecin généraliste-
addictologue, Brette-les-Pins

Dr Hélène Peyrière, pharmacien, Montpellier

Dr Jean-Michel Pinoit, psychiatre-addictologue,
Dijon

Dr Guy Priqueler, médecin généraliste,
Champigneulles

Dr Frank Questel, addictologue, médecin
légiste, Paris

Mme Emma Richaud et les volontaires de
Techno+, association de santé communautaire
en milieu festif, Paris

Dr Patrick Roua, médecin généraliste, Taissy

Dr Anne-Marie Simonpoli, médecin hospitalier-
coordinateur réseau, Colombes

Dr Michel Spadari, médecin généraliste,
Marseille

Pr Jean-Luc Venisse, psychiatre-addictologue,
Nantes

Dr Florence Vorspan, psychiatre-addictologue,
Paris

Fiche descriptive des recommandations

TITRE	Prise en charge des consommateurs de cocaïne
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	<ul style="list-style-type: none"> Faciliter le repérage des sujets consommateurs de cocaïne Définir les stratégies de prise en charge médico-psycho-sociale permettant de faciliter l'arrêt et le maintien de l'arrêt de la consommation de cocaïne
Professionnel(s) concerné(s)	<ul style="list-style-type: none"> Prioritairement les professionnels des structures médico-sociales spécialisées en addictologie, addictologues hospitaliers, professionnels intervenant en milieu carcéral (UCSA, SMPR, CSST), médecins généralistes et psychiatres Egalement les autres acteurs du champ sanitaire et social : cardiologues, urgentistes, ORL, gynécologues, obstétriciens, neurologues, sages-femmes, psychologues, travailleurs sociaux
Demandeur	Ministre de la Santé
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	<p>Coordination : M. Brice Kitio, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles, HAS (chef de service : Dr Patrice Dosquet)</p> <p>Secrétariat : Mlle Jessica Layouni, HAS</p> <p>Recherche documentaire : Mme Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Mme Sylvie Lascols, service de documentation, HAS (chef de service : Mme Frédérique Pagès)</p>
Participants	<p>Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail (président : Dr Laurent Karila, psychiatre, addictologue, Villejuif), groupe de lecture : cf. liste des participants</p> <p>Les participants au comité d'organisation et au groupe de travail ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS. Ces déclarations ont été analysées par la HAS en fonction du thème et les intérêts déclarés ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à l'élaboration de ces recommandations.</p>
Recherche documentaire	De janvier 1990 à juillet 2009
Auteurs de l'argumentaire	<p>Dr Mélina Fatséas, psychiatre, addictologue, Bordeaux – chargée de projet</p> <p>Dr Olivier Phan, psychiatre, Paris- chargé de projet</p> <p>Dr Agnès Cadet-Taïrou, médecin de santé publique, OFDT, Saint-Denis</p> <p>M. Brice Kitio, chef de projet, HAS, Saint-Denis</p>
Validation	<p>Avis du comité de validation des recommandations</p> <p>Validation par le Collège de la HAS en février 2010</p>
Autres formats	Argumentaire scientifique téléchargeable sur www.has-sante.fr