



Université  
de Liège

Services de psychiatrie  
et de criminologie

# **TADAM Protocole**

## **Annexe B : Consommation parallèle et polytoxicomanie**

*Avril 2008*

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Directives.....</b>	<b>3</b>
<i>Attitude de principe face à la consommation parallèle .....</i>	<i>3</i>
<i>Diagnostic général.....</i>	<i>3</i>
<i>Stratégies et interventions générales face à la consommation parallèle.....</i>	<i>3</i>
<i>Attitude thérapeutique face à l'usage abusif de sédatifs .....</i>	<i>3</i>
<i>Etablissement de l'usage abusif d'alcool .....</i>	<i>3</i>
<b>Recommandations.....</b>	<b>4</b>
<b>Informations .....</b>	<b>4</b>
<i>Introduction.....</i>	<i>4</i>
<i>Matériel et méthodes.....</i>	<i>5</i>
<i>Attitude de principe face à la consommation parallèle .....</i>	<i>5</i>
<i>Remarques d'ordre général.....</i>	<i>5</i>
<i>Sédatifs et hypnotiques.....</i>	<i>5</i>
<i>Alcool .....</i>	<i>7</i>
<i>Cocaïne .....</i>	<i>9</i>
<i>Polytoxicomanie.....</i>	<i>11</i>
<i>Limites des présentes recommandations.....</i>	<i>12</i>
<b>Références .....</b>	<b>12</b>

# Consommation parallèle et polytoxicomanie<sup>1</sup>

## Directives

### *Attitude de principe face à la consommation parallèle*

Il faut que toute l'équipe d'un centre de traitement prescrivant de l'héroïne soit mise au courant de la problématique spéciale que soulèvent la consommation parallèle et la polytoxicomanie et bénéficie régulièrement, à l'interne, d'une formation continue.

Il faut consigner par écrit des règles (...) simples, claires, connues de tous et compréhensibles, prévoyant la procédure à suivre quand un patient se présente intoxiqué pour obtenir sa dose d'héroïne. Il faut également définir par écrit, à l'intérieur du centre de traitement, les compétences et les responsabilités en matière de réduction des doses et de toute autre mesure prise en raison de la consommation parallèle.

### *Diagnostic général*

Il faut établir un diagnostic précis de la consommation de substances, fondé sur des informations objectives et subjectives, diagnostic servant de base au traitement des troubles liés à la consommation de substances dans le cadre de la procédure d'admission et tout au long du traitement.

L'anamnèse englobe notamment la consommation passée et présente de substances ainsi que les conditions d'apparition et les facteurs qui la maintiennent. (...)

(...), tous les patients doivent se soumettre à une analyse d'urine, destinée à déceler toute trace d'opiacés, de cocaïne et de benzodiazépines.

Il faut constituer une documentation systématique de la consommation parallèle actuelle, des intoxications éventuelles et des résultats d'examen, dans l'anamnèse, dans le cardex ou sous forme électronique et dans le programme informatique de remise de l'héroïne.

### *Stratégies et interventions générales face à la consommation parallèle*

(...) La consommation parallèle ne doit pas représenter un motif d'exclusion d'un traitement avec prescription d'héroïne. (...) La priorité est accordée (...) à la sécurité pharmacologique directe. Il s'agit si possible de déceler ces cas avant de remettre l'héroïne, et de réduire ou de refuser la dose.

### *Attitude thérapeutique face à l'usage abusif de sédatifs*

Il faut que le programme de traitement ou les directives du centre de traitement définissent clairement et justifient l'attitude que le centre doit adopter face à l'usage abusif de sédatifs (voir plus bas).

### *Etablissement de l'usage abusif d'alcool*

Il faut pouvoir procéder à un alcootest individuel immédiatement avant la remise de l'héroïne, que ce soit en cas de soupçon clinique d'intoxication alcoolique ou d'une procédure de routine. (...) L'appareil doit être contrôlé et réglé périodiquement.

Un protocole contraignant doit être consigné par écrit sur l'attitude à adopter en cas de résultat anormalement élevé.

---

<sup>1</sup> Cette annexe est constituée d'extraits du Manuel suisse « Traitement avec prescription de diacétylmorphine » publié par l'Office fédéral suisse de la Santé publique (OFSP, 2004). Ces extraits viennent du chapitre « Consommation parallèle et polytoxicomanie » (p.53-65g).

## Recommandations

- La consommation parallèle n'est pas par principe un motif d'exclusion d'un traitement avec prescription d'héroïne (...). L'objectif est au contraire d'intégrer les héroïnomanes consommant parallèlement d'autres substances ou souffrant de polytoxicomanie dans un programme de traitement avec prescription d'héroïne ou de les y maintenir.
- Il faut trouver, dans le processus de planification du traitement, une définition commune du problème, d'entente avec le patient, et établir un plan de traitement taillé « sur mesure » en fonction de sa situation personnelle, contenant également des informations sur le traitement de la consommation parallèle. Il faut en effet pouvoir adopter une attitude souple, à l'intérieur d'un cadre conceptuel clair, sur le déroulement thérapeutique des choses.
- (...) Il faut toujours pouvoir offrir au patient la possibilité d'une cure de désintoxication des benzodiazépines en institution.
- La pharmacothérapie ciblée dispensée pour soigner les symptômes et troubles psychiques parallèles revêt une grande importance. Les symptômes psychotiques et les troubles affectifs, notamment, doivent être traités indépendamment de leur origine dans les règles, par des neuroleptiques, des antidépresseurs et des « mood stabilizers ».
- En cas de diagnostic de polytoxicomanie, parallèlement à la dépendance à l'héroïne, l'objectif primaire est d'établir un lien thérapeutique durable entre le patient et le centre HeGeBe, par une remise quotidienne et, ce faisant, par un contact quotidien avec le système d'assistance.

## Informations<sup>2</sup>

### Introduction

Les patients bénéficiant d'un traitement avec prescription d'héroïne ont, lors de leur admission, une consommation de substances tendanciellement plus élevée et plus variée que les toxicomanes suivant d'autres traitements.

En effet, 85% consomment occasionnellement ou régulièrement de la cocaïne, généralement par voie intraveineuse, la proportion étant de 69% chez les patients commençant une thérapie en institution, et de 70% chez ceux qui suivent un traitement à la méthadone. Les patients (...) consomment également des benzodiazépines dans 53% des cas, contre 24% chez les patients bénéficiant d'une thérapie en institution. 34% des patients (...) consomment quotidiennement de l'alcool au moment de leur admission. La consommation de substances multiples fait donc partie intégrante de la toxicomanie de la plupart des patients bénéficiant d'un traitement à l'héroïne.

Il faut distinguer de la consommation de substances complémentaires par les patients (...) les « troubles liés à l'utilisation de drogues multiples F19.xx », au sens de la CIM-10, c'est-à-dire la polytoxicomanie au sens strict du terme, qui ne doit être codée, en vertu des directives diagnostiques, que quand « ... le choix des substances se fait de manière chaotique et sans discrimination. » Dans le présent texte, la distinction entre consommation d'autres substances dommageables parallèlement à la consommation d'héroïne, d'une part, et polytoxicomanie au sens strict, de l'autre, est respectée.

La consommation parallèle de cannabis et de tabac n'a quasiment pas été évoquée par le personnel de traitement, dans le sondage mentionné plus bas, et n'a donc pas été considérée dans le présent texte.

---

<sup>2</sup> Auteurs : Commission de la qualité HeGeBe, Christoph Bürki

### **Matériel et méthodes**

Pour obtenir une vue d'ensemble sur les traitements et les interventions pratiqués face à la consommation d'autres substances psychotropes, la Commission de la qualité HeGeBe, rattachée à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), a réalisé au mois d'août 2001 un sondage auprès de tous les centres de traitement HeGeBe existant en Suisse. 15 des 19 centres y ont participé. (...)

Dans la Commission de la qualité HeGeBe, les positions, hypothèses de traitement, méthodes et interventions ont ensuite été regroupées systématiquement et condensées dans le présent document, qui expose la pratique actuelle, compte tenu des points de vue des membres de la Commission de la qualité HeGeBe, avec des recommandations thérapeutiques et des directives (voir plus haut). (...)

### **Attitude de principe face à la consommation parallèle**

- (...) Dans la planification et l'exécution du traitement, il est essentiel que les différents groupes professionnels procèdent de manière interdisciplinaire, aient des échanges approfondis et adoptent une attitude commune.
- (...) En ce qui concerne la consommation parallèle, il faut formuler des objectifs réalistes et viser des solutions individuelles, orientées sur les ressources existantes, dans le cadre donné. Mais il ne faut pas oublier, ce faisant, que le traitement de la consommation parallèle (comme celui de la dépendance aux opiacés) vise le long terme et que les premiers succès peuvent se faire attendre des années. C'est un moyen de limiter les frustrations des soignants, qui peuvent sinon prendre des proportions considérables et alimenter des phénomènes de « burn out ».

### **Remarques d'ordre général**

#### **Diagnostic général**

La base du traitement des troubles liés à la consommation parallèle de substances est constituée par un diagnostic minutieux, reposant sur des informations objectives et subjectives. Ce diagnostic est établi dans le cadre de la procédure d'admission et tout au long du traitement. (...)

Un questionnaire standardisé dans lequel le patient déclare lui-même sa consommation, avant son admission et, régulièrement, au cours du traitement, peut être utile dans certaines circonstances.

#### **Objectifs thérapeutiques face à la consommation parallèle**

(...), il faut chercher à conserver et améliorer l'état de santé psychique, somatique et social des toxicomanes. En ce qui concerne la consommation parallèle, l'objectif ultérieur du traitement à l'héroïne doit être de mieux contrôler et de réduire la consommation parallèle. Pour certains, mais pas pour tous, l'objectif de l'abstinence est possible, en matière de consommation parallèle, et constitue donc un objectif de traitement réaliste.

Les objectifs intermédiaires concrets du traitement peuvent être les suivants :

- – Réduction du nombre des substances consommées et de la fréquence de leur consommation
- – Passage à des modèles d'application à moindre risque
- – Consommation contrôlée de substances (substitution)
- – Désintoxication partielle en institution (en mode ambulatoire et/ou résidentiel). (...)

### **Sédatifs et hypnotiques**

#### **Propriétés et effets des benzodiazépines**

Les récepteurs des benzodiazépines se répartissent sur tout le système nerveux central, mais surtout dans le cerveau frontal, l'hippocampe et le cervelet. Les effets des benzodiazépines sont les suivants :

- Anxiolyse
- Sédation (en cas de dosage élevé)
- Myorelaxation (relâchement de la musculature de posture ; dans les cas extrêmes, somnolence en position debout)
- Inhibition de la tendance épileptique (anticonvulsivant)
- Amnésie : inhibition du passage de la mémoire à court terme à la mémoire à long terme dans l'hippocampe
- Dépression respiratoire dans le tronc cérébral (en combinaison avec les opioïdes, l'alcool et les autres stupéfiants)

Les patients prennent des benzodiazépines pour pouvoir s'endormir et dormir, lutter contre les symptômes psychiques et physiques de l'angoisse, contre les tensions et l'anxiété. Quelques benzodiazépines, telles que diazépam et clonazépam, sont utilisées comme antiépileptiques contre toutes les formes d'épilepsie, mais surtout contre l'état de mal épileptique (par voie intraveineuse).

Même les fortes intoxications aux benzodiazépines peuvent passer quasiment inaperçues. Il arrive que les patients s'assoupissent, mais il en faut souvent si peu pour les réveiller que l'ampleur de l'effet calmant peut être sous-estimée (notamment du point de vue de la remise d'une dose d'opioïdes). Au réveil, certains patients sont désorientés, légèrement irritables voire agressifs.

Après une longue utilisation, une tolérance se forme et l'effet d'une dose identique s'atténue. En cas d'abandon, le manque se fait sentir par contrecoup, comme un effet de « rebound » : les symptômes ou inconvénients qui disparaissent avec la prise de benzodiazépines apparaissent de manière plus désagréable encore (nervosité, troubles du sommeil, anxiété). La tendance épileptique convulsive est encore accrue par le manque de benzodiazépines.

Nom générique	Marque	Dose thérapeutique habituelle	Demi-vie	Application
Diazépam	Valium® Stesolid® Paceum®	2-10mg	2 jours	Anxiolytique, sédatif, antiépileptique, relaxant musculaire
Flunitrazépam	Rohypnol®	1-2 mg	1½ jour	Hypnotique
Triazolam	Halcion®	0.125-0.25 mg	2-5 heures	Hypnotique
Oxazépam	Seresta®	15-50 (200) mg	6-12 heures	Anxiolytique, sédatif
Clonazépam	Rivotril®	1-2 mg / Tag	4-10 jours	Antiépileptique
Flumazénil	Anexate®	0.3-1 mg i.v.	env. 1 heure!	Antidote, antagoniste

Les toxicomanes prennent des benzodiazépines pour les mêmes raisons que les autres. Mais leur propension à surmonter leurs humeurs par des moyens pharmacologiques est souvent accrue (6). D'autres raisons sont données par les effets secondaires désagréables de la consommation d'opioïdes et de cocaïne :

- Les effets provoqués par le manque d'opioïdes (nervosité, troubles du sommeil, angoisse) peuvent être réduits en partie par les benzodiazépines.
- La consommation « steady state » d'opioïdes (et surtout de méthadone prise par voie orale) entraîne particulièrement souvent des troubles du sommeil.
- Les effets désagréables de la consommation de cocaïne (nervosité, troubles du sommeil, paranoïa, épuisement dépressif anxieux) peuvent être atténués grâce aux benzodiazépines.
- L'effet amnésique et sédatif des benzodiazépines est utilisé comme « antidépresseur » : « Oublier est la seule chose qui soulage encore ».
- Les benzodiazépines sont utilisées pour tenter de potentialiser l'euphorie (« flash »).

Au moment de prescrire des benzodiazépines aux toxicomanes, la prudence et la réserve sont particulièrement de rigueur, car l'association d'opioïdes et de benzodiazépines accentue la dépression respiratoire (7). Il n'y a pas de tolérance croisée. En cas de décès soudain, la cause ne réside souvent pas seulement dans le surdosage d'opioïdes, mais aussi de benzodiazépines (et d'alcool).

Les personnes dépendantes des opioïdes devraient continuer de prendre des benzodiazépines (p. ex. Rivotril®) comme antiépileptiques en cas d'épilepsie établie, contrôlée et traitée. Les éventuelles réductions de dose ne devraient pas être opérées de manière abrupte, mais par étape, notamment parce que le seuil des convulsions peut être abaissé par la consommation d'héroïne. Une réduction trop rapide peut provoquer des crises épileptiques. La dose peut éventuellement être réduite progressivement et remplacée par un autre antiépileptique.

En cas de troubles du sommeil dus aux opioïdes, il faut toujours demander au patient s'il consomme de l'alcool, souvent coresponsable.

L'adaptation des doses d'opioïdes peut occasionnellement atténuer les troubles du sommeil. En ce qui concerne les médicaments prescrits pour le sommeil, la plus grande réserve est recommandée à l'égard des patients qui prennent des opioïdes. La conséquence en est presque toujours une médication de longue durée. Il faut alors préférer aux benzodiazépines les antidépresseurs sédatifs et les neuroleptiques peu puissants.

La plupart des benzodiazépines sont métabolisées dans le foie par déméthylation et hydroxylation. Mais ces métabolites (produits de synthèse) restent souvent elles-mêmes efficaces longtemps (p. ex. demi-vie du desmethyldiazepam : jusqu'à 3 jours !) avant d'être inactivées par glucoronisation et éliminées par les reins. (...)

#### *Etablissement de l'usage abusif de sédatifs*

Les analyses d'urine destinées à déceler la présence de benzodiazépines (et éventuellement de méthaqualone) sont exécutées dans le cadre de l'examen médical ou en cas d'indices cliniques. Dans certaines situations, il est indiqué de distinguer les benzodiazépines dans les analyses d'urine.

Le principal indice pour une consommation parallèle abusive de sédatifs résulte de l'interrogation directe, mais aussi de l'impression clinique (le toxicomane « pique du nez ») ainsi que du degré de tolérance par rapport à l'héroïne remise. Pour pouvoir évaluer et documenter les deux aspects avec fiabilité, on peut recourir au « score de vigilance », ou « score V » (11), facile à utiliser, qui repose sur l'observation de plusieurs caractéristiques cliniques et a fait ses preuves.

(...)

#### *Stratégies et interventions face à l'usage abusif de sédatifs*

(...) Il faut toujours attacher la plus grande vigilance à l'usage abusif de sédatifs et le documenter, avant et après l'injection, p. ex. au moyen du « score de vigilance ». Le « score de vigilance » permet également d'associer d'autres interventions spécifiques, comme un entretien approfondi, une période d'observation plus longue, une réduction des doses, une nouvelle répartition des doses, etc.

La prescription et la remise contrôlée de benzodiazépines, avec une réduction progressive des doses, est une méthode reconnue de traitement de la dépendance aux benzodiazépines. (...)

### **Alcool**

#### *Propriétés et effets de l'alcool*

Les toxicomanes consomment de l'alcool pour ses effets anxiolytiques, sédatifs, antidépresseurs et amnésiques. Ils recherchent ces effets pour surmonter la phase de « crash », dysphorique et désagréable, qui par exemple suit la consommation de cocaïne. Ou pour surmonter le moment où ils sont en manque d'héroïne. L'alcool se consomme pour lutter à court terme contre les symptômes affectifs de troubles psychiatriques, et pas seulement par les toxicomanes. L'alcool est également beaucoup utilisé dans le

contexte social, comme désinhibiteur. Enfin, l'alcool est recherché pour sa capacité à potentialiser l'euphorie (« flash »).

La consommation d'alcool renforce certains effets secondaires des opioïdes :

- Sédation
- Nausée et vomissements
- Selles aqueuses de type côlon irritable, dues à des troubles de la motilité colique
- Troubles du sommeil, et surtout de la persistance du sommeil, cauchemars

La consommation d'alcool peut également accélérer et renforcer les troubles du fonctionnement du foie en cas d'hépatite chronique. L'alcool est souvent une des causes de la mort soudaine d'opiomanes : il renforce la dépression respiratoire et les vomissements peuvent entraîner l'étouffement en cas de coma.

#### *Etablissement de l'usage abusif d'alcool*

Le « screening », au moyen d'un questionnaire mis au point pour la pratique générale tel que le questionnaire AUDIT (12), peut être un complément utile à l'interrogation et à l'examen clinique.

Les paramètres de laboratoire spécifiques (Gamma-GT, LAP, CDT, MCV, morphologie sanguine des globules rouges), les signes et indications spécifiques de l'état somatique et l'anamnèse peuvent également fournir des indications.

Il faut pouvoir procéder à un alcootest individuel immédiatement avant la remise de Diaphine®, que ce soit en cas de soupçon clinique d'intoxication alcoolique ou dans le cadre d'une procédure de routine. Tous les centres de traitement doivent donc être équipés de l'appareil nécessaire. L'appareil doit être contrôlé et réglé périodiquement. Un protocole contraignant doit être consigné par écrit sur l'attitude à adopter en cas de résultat anormalement élevé.

Plusieurs des centres HeGeBe pratiquent une phase initiale de deux semaines pendant laquelle un alcootest est effectué tous les jours. (...)

#### *Objectifs thérapeutiques face à l'usage abusif d'alcool*

La consommation contrôlée d'alcool s'est établie comme un but possible du traitement dans le domaine de l'alcoologie (13).

Elle peut également être un but réaliste pour les patients bénéficiant d'un traitement avec prescription d'héroïne. Pour d'autres, l'abstinence est indiquée en raison de comorbidités somatiques marquées. (...)

#### *Stratégies et interventions face à l'usage abusif d'alcool*

Les alcootests réguliers, (...), se sont révélés être une intervention efficace pour réduire la consommation parallèle d'alcool dans les centres HeGeBe.

Par ailleurs, l'introduction de valeurs limites claires lors des alcootests a également fait ses preuves, aussi bien généralement, pour tous les patients d'un centre, qu'individuellement, pour chaque patient, dans le cadre de son plan de traitement.

Lorsqu'un patient dépasse la valeur limite, il est possible de lui refuser tout ou partie de sa dose d'héroïne, et de la remplacer par une quantité équivalente de méthadone, p. ex. selon le tableau des équivalences figurant au chapitre 1.8 du manuel. Autre solution : répartir la dose de Diaphine® en plusieurs doses plus petites (généralement deux), avec un écart de sécurité de 30 minutes par exemple.

Dans un centre de traitement, lorsque l'alcootest dépasse 0,8 ‰, la dose d'héroïne est supprimée et remplacée par une moitié de la dose équivalente de méthadone.

Dans un autre centre de traitement, la dose de Diaphine® est diminuée de moitié pour un résultat situé entre 0,8 ‰ et 1,2 ‰, et remplacée par son équivalent de méthadone. Les benzodiazépines sont elles aussi réduites



de 50%. Entre 1,2 ‰ et 1,5 ‰, la dose de Diaphine® est totalement remplacée par de la méthadone, et si le résultat de l'alcootest dépasse 1,5 ‰, le patient ne reçoit rien du tout.

Dans un autre centre de traitement encore, la dose de Diaphine® est remplacée par de la méthadone pour un résultat situé entre 0,8 ‰ et 1,2 ‰, aucune substance n'est donnée si le résultat dépasse 1,2 ‰. Les modèles, philosophies et valeurs limites sont aussi nombreux que variés. Il est important de noter que tous les modèles et limites appliqués aujourd'hui peuvent être qualifiés de sûrs.

Pour traiter un alcoolisme comorbide, on dispose de toute une palette de possibilités issues de l'alcoologie (14 ; 15). Présenter ces possibilités dans le détail dépasserait le cadre du présent rapport.

Quelques aspects tirés de la pratique :

- Pour maintenir l'abstinence, on peut recourir notamment à la médication avec l'acamprosate (Campral®, 300 mg, tablettes). L'acamprosate semble atténuer le besoin d'alcool par action sur le système GABAergique. Au bout de cinq jours d'abstinence, il est recommandé d'en ordonner 2 g par jour pendant 6 à 12 mois.
- Le disulfiram (Antabus®) peut être utilisé chez les opiomanes au foie sain, alcooliques mais motivables. Avant de commencer le traitement ambulatoire à l'Antabus, il est nécessaire d'organiser une cure de désintoxication partielle en institution. Et il faut, si possible, commencer la remise de la première dose d'Antabus® à l'hôpital. L'Antabus® peut être pris quotidiennement sous contrôle dans le centre HeGeBe.
- Il existe un programme en 10 étapes pour apprendre à boire de manière contrôlée, sous forme de manuel (14-16). Il peut également être suivi en groupe.

## **Cocaïne**

### *Propriétés et effets de la cocaïne*

La cocaïne a des effets localement anesthésiques et abaisse le seuil d'excitation des membranes cellulaires réagissant à l'électricité situées dans le muscle cardiaque, mais également dans de nombreuses cellules nerveuses centrales et périphériques. La cocaïne libère la cathécholamine présynaptique en inhibant la recapture. Elle stimule les voies mésolimbiques dopaminergiques et provoque une augmentation de la dopamine dans le nucleus accumbens ; les effets de la cocaïne sont donc étroitement liés au système de récompense du cerveau (17). La cocaïne entraîne une surexcitation sympathique générale et renforce notamment l'effet de la noradrénaline.

Après l'arrêt d'une consommation de cocaïne de plusieurs années, bien des adaptations neuronales et neurochimiques restent visibles longtemps, elles pourraient être coresponsables des rechutes (18).

Les effets de la cocaïne sur le système nerveux central comptent trois phases (19) :

1. Dans un premier temps, la cocaïne produit un sentiment euphorisant de force et de bonheur. La plupart des consommateurs de cocaïne voient et entendent mieux, et ils voient des choses et des liens entre elles qu'ils ne verraient sinon pas.
2. Cet effet peut se retourner dans un second temps ; ils se sentent opprimés, voire persécutés et ne savent pas où aller, ils ne peuvent se réfugier dans le sommeil. Dans les cas de consommation excessive de cocaïne, les effets désagréables de cette deuxième phase sont annihilés, pendant un laps de temps toujours plus court, par une nouvelle consommation.
3. Dans un troisième temps, l'humeur peut tomber dans une apathie désespérée. C'est dans cette phase de dépression, au plus tard, que bien des consommateurs reprennent une dose de cocaïne.

Les consommateurs de cocaïne par voie orale ne vivent jamais la deuxième et, surtout, la troisième phase, ceux qui la sniffent, rarement. Les formes de consommation à effet rapide – injection ou cigarette – engendrent plus fréquemment des problèmes psychiques et des pertes de contrôle.

En cas d'usage excessif et durable, il se produit toujours plus d'hallucinations, au contenu menaçant pour la plupart (20). Les excès de cocaïne aboutissent au plus tard à des états paranoïdes plus ou moins dangereux,

plus ou moins psychotiques. La plupart des cocaïnomanes se sortent seuls de cette psychose ; mais il arrive que seules des interventions policières, une aide psychiatrique ou des maladies ou blessures physiques graves, voire la mort violente, mettent un terme à ces psychoses. La perception des persécutions, les contraintes du marché noir et la violence des délits renforcent les tendances agressives et paranoïaques (21).

Bien des fumeurs de cocaïne et des consommateurs par voie intraveineuse sont obligés de mettre au point des stratégies de compensation plus ou moins dangereuses pour contrer la rapidité des effets. Certains cocaïnomanes atténuent les symptômes d'agitation et de dépression en recourant à l'alcool et aux benzodiazépines ou les inhibent avec de l'héroïne. Les consommateurs de cocaïne par voie intraveineuse sont nombreux à se préparer un « cocktail » à base de cocaïne et d'héroïne. Ils neutralisent ainsi bien des effets secondaires de la cocaïne et de l'héroïne (agitation/sédation ; excitation/dépression respiratoire ; etc.). Les effets euphoriques se cumulent. Les phases dépressives qui s'ensuivent sont résorbées par l'héroïne injectée, aux effets plus durables.

La rapidité d'action de la cocaïne injectée ou fumée sur l'organe effecteur est une condition importante des dommages physiques qu'elle provoque. C'est pourquoi le mode de consommation représente, dans le cas de la cocaïne également, une source de risque importante. La consommation par voie intraveineuse est, là aussi, la plus dangereuse.

Les spasmes artériels et l'hypertonie provoqués par la cocaïne injectée ou fumée sont supposés être à l'origine de bien des dommages physiques engendrés par la consommation de cocaïne (22-24). Les infarctus, les attaques et les troubles périphériques de la circulation ne sont toutefois pas très fréquents. L'action soudaine de la cocaïne injectée ou fumée peut entraîner des troubles du rythme cardiaque dangereux, voire des arrêts cardiaques. Les origines de la rhabdomyolyse (décomposition des cellules musculaires) causée par la cocaïne injectée ou fumée ne sont pas claires (25). Chez les patients qui consomment de la cocaïne par voie intraveineuse depuis de longues années (polytoxicomanes), on suppose l'existence d'un syndrome psychoorganique diffus, qui pourrait être dû à des microinfarctements cérébraux multiples.

La cocaïne peut déclencher des crises épileptiques (26). Mais les crises observées sur la « scène de la drogue » ont souvent d'autres causes encore : manque d'opioïdes, d'alcool ou de benzodiazépines ou dommages cérébraux dus au sida.

La cocaïne favorise les démangeaisons. Après les injections, les cocaïnomanes grattent souvent la piqûre de manière totalement insensée. Il en résulte une irritation des tissus qui favorise la formation de foyers purulents, même sans infiltration paraveineuse. L'injection de cocaïne encourage la phobie des insectes, c'est-à-dire les hallucinations de cafards et de vers rampant hors de la peau par les piqûres qui démangent, c'est-à-dire par des afférences réelles. Les grattements constants et les véritables mutilations faites à coup d'aiguilles et de couteaux résultent de la recherche paranoïaque des abcès provoqués par les parasites vus dans les hallucinations et de leur infection par l'impetigo contagiosa. Les maladies septiques qui s'ensuivent peuvent être dangereuses et même, dans certaines conditions, mortelles.

La consommation de cocaïne par la femme enceinte pendant les trois premiers mois de la grossesse peut être à l'origine d'une embryopathie (27). Fausses couches, accouchements prématurés, fragilité et mortalité accrues des enfants sont généralement provoqués par la consommation de tabac et d'autres substances par la mère (28;29). Les infarctus du placenta entraînent une réduction de l'alimentation de l'enfant à naître pendant le dernier tiers de la grossesse. Par ailleurs, lors de la consommation de la mère, le rétrécissement des vaisseaux sanguins de l'enfant nuit à l'alimentation sanguine de son cerveau et les drogues agissent directement sur son système nerveux central. Une mauvaise alimentation et des infections sont les principaux risques et dégâts subis par les nouveau-nés de femmes qui consomment de la drogue. La cocaïne provoque donc des dégâts aussi bien en raison des effets mêmes de la substance que des conditions de la consommation et du mode de vie de la mère (30). Mais, comparée à la consommation de cocaïne de la mère, pendant sa grossesse, la consommation de nicotine, par exemple, comporte un risque au moins deux fois plus élevé (31).

### *Etablissement de l'usage abusif de cocaïne*

L'anamnèse et l'état somatique fournissent souvent des indications très nettes sur l'usage de cocaïne.

Une observation minutieuse de l'évolution des choses, et notamment des changements dans l'apparence, dans la motricité, dans l'état général, etc. fournit des indications de poids pour le diagnostic de troubles dus à la consommation de cocaïne.

Tous les centres de traitement HeGeBe procèdent régulièrement à des analyses d'urine dans le cadre d'un examen médical général. Mais leur fréquence varie considérablement. Souvent, des analyses supplémentaires, annoncées ou non, sont ordonnées en cas de soupçon clinique spécifique d'une consommation parallèle. Les analyses d'urine fournissent des indications sur la consommation de cocaïne aussi bien des individus que de tous les patients d'un centre de traitement.

Mais les analyses d'urine coûtent cher, peuvent être manipulées et ne couvrent, en termes diagnostiques, qu'un laps de temps relativement court. Elles ne remplacent généralement pas l'exploration directe, lors d'un entretien, qui n'aboutit toutefois à des réponses honnêtes que si le patient n'a pas à craindre de conséquences négatives de sa franchise au sujet de sa consommation parallèle.

### *Objectifs thérapeutiques face à l'usage abusif de cocaïne*

D'après les résultats des travaux de recherche parallèles au projet PROVE, la proportion des patients qui ne consomment pas de cocaïne a augmenté au cours des 18 premiers mois suivant le commencement de leur traitement avec prescription d'héroïne, passant de 15 à 41% (1).

Pour bien des patients, l'abstinence par rapport à la cocaïne est donc un objectif réaliste.

### *Stratégies et interventions face à l'usage abusif de cocaïne*

Le seul fait de les admettre dans un programme de traitement avec prescription d'héroïne permet d'obtenir chez nombre de patients, dans les 18 premiers mois, une suspension ou une réduction sensible de la consommation de cocaïne (1). Pourquoi ? Il n'est pas possible de répondre à la question avec certitude. Les effets non spécifiques de l'admission dans un programme de traitement jouent certainement un rôle, les effets spécifiques de l'héroïne remise peut-être aussi. Etant donné que la très grande majorité des toxicomanes consomment aujourd'hui des « cocktails », c'est-à-dire un mélange d'héroïne et de cocaïne, avant d'entrer dans un centre HeGeBe, il est possible que la remise ciblée d'une substance (l'héroïne) permet tout simplement au patient de renoncer à l'autre (la cocaïne).

La pharmacothérapie ciblée dispensée pour soigner les symptômes et troubles psychiques parallèles revêt une grande importance : les symptômes psychotiques et les troubles affectifs, notamment, doivent être traités indépendamment de leur origine, dans les règles, par des neuroleptiques, des antidépresseurs et des « mood stabilizers ».

Un dosage suffisant d'opiacés contribue à endiguer l'envie de cocaïne.

Un centre de traitement fait état d'heures de remise et de traitement réservées aux cocaïnomanes, pendant lesquelles leurs problèmes de santé spécifiques sont abordés par le personnel soignant, et où l'équipe travaille au moyen d'entretiens motivationnels. (...)

## ***Polytoxicomanie***

### *Diagnostic de la polytoxicomanie*

Il est important, au plan diagnostique, d'établir de manière différenciée quelles substances sont impliquées. On recourt pour ce faire au diagnostic anamnestique et clinique, à l'alcootest et à l'analyse d'urine. Souvent, c'est l'évolution des choses qui indique un modèle clair et le lien entre les différentes substances.

### *Objectifs thérapeutiques face à la polytoxicomanie*

Lorsqu'une polytoxicomanie est diagnostiquée, parallèlement à la dépendance à l'héroïne, l'objectif premier consiste à établir un lien thérapeutique durable entre le patient et le centre HeGeBe, au moyen d'une remise quotidienne et de contacts quotidiens avec le système d'assistance.

C'est le seul moyen d'assurer un minimum d'assistance médicale et sociale. Et notamment de pouvoir intervenir rapidement en cas de crise ou d'urgence médicale.

Tout objectif plus ambitieux ne pourra bien souvent être atteint qu'à long terme, dans le meilleur des cas.

### *Stratégies et interventions face à la polytoxicomanie*

Chez les héroïnomanes qui sont également des polytoxicomanes très atteints, instables, il y a souvent un conflit d'objectifs au sujet du dosage optimal de l'héroïne pharmaceutique prescrite : d'un côté, la dose devrait être suffisamment élevée pour que le patient ne développe pas des symptômes de manque d'opiacés et se mette à consommer encore davantage illégalement et de manière chaotique, de l'autre, le dosage doit être minutieux et plutôt faible pour que le risque d'une potentialisation dangereuse de l'effet sédatif et dépressif des substances impliquées, suivi par un surdosage, reste faible.

Une réduction ou une modification des doses d'héroïne prescrites est donc souvent nécessaire dans le cas d'une consommation parallèle chaotique, mais il s'agit de mesures délicates et non dénuées de danger dans le cas concret.

Souvent, les soignants doivent se limiter à un accompagnement à long terme, orienté sur des objectifs minimaux.

Une cure de désintoxication partielle, volontaire, en institution, suivie d'une réadmission dans le programme HeGeBe, peut s'avérer utile dans le cas concret. (...)

### ***Limites des présentes recommandations***

Comme le sondage réalisé en août 2001 auprès des centres de traitement l'a montré, les hypothèses et les philosophies qui se sont développées depuis 1994 ne sont pas uniformes dans bien des domaines selon les centres HeGeBe de Suisse. Comme il s'agit encore, à l'échelle du globe, d'un traitement exceptionnel, on ne dispose toujours pas de beaucoup de données scientifiques fondées, pouvant être concrétisées dans des recommandations solides selon les principes de « l'evidence based medicine ». Il est donc nécessaire d'urgence de consacrer plus de travaux de recherche aux questions pratiques du traitement de la consommation parallèle dans le traitement avec prescription d'héroïne.

Par ailleurs, l'infrastructure existante et le savoir-faire des centres varient considérablement. Certaines compétences spécifiques (p. ex. en psychiatrie, psychothérapie, thérapie des dépendances, entretien motivationnel, thérapie de groupe, etc.) manquent ou sont perdues à chaque changement de personnel et prennent des mois ou des années à être reconstituées.

C'est précisément la raison pour laquelle les méthodes exposées sous la forme d'un manuel, consignées par écrit, revêtent une si grande importance pour la pratique en tant que lignes directrices. Les présentes directives, recommandations et informations représentent un pas important dans cette direction.

## **Références**

Alcoweb. 2002. <http://www.alcoweb.com>

Babor TF, et al. AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test. World Health Organisation WHO; 1992.

Bada HS, Das A, Bauer CR, Shankaran S, Lester B, Wright LL et al. Gestational cocaine exposure and intrauterine growth: maternal lifestyle study. *Obstet.Gynecol.* 2002;100(5 Pt 1):916-24.

Beck, Wright, Liese, Newman. *Kognitive Therapie der Sucht.* Psychologie Verlags Union, Weinheim; 1997.

- Bhana A, Parry CD, Myers B, Pluddemann A, Morojele NK, Flisher AJ. The South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU) project, phases 1-8--cannabis and Mandrax. *S.Afr.Med.J* 2002;92(7):542-7.
- Bleich A, Gelkopf M, Schmidt V, Hayward R, Bodner G, Adelson M. Correlates of benzodiazepine abuse in methadone maintenance treatment. A 1 year prospective study in an Israeli clinic. *Addiction* 1999;94(10):1533-40.
- Brady KT, Lydiard RB, Malcolm R, Ballenger JC. Cocaine-induced psychosis. *J Clin.Psychiatry* 1991;52(12):509-12.
- Bürki Ch. V-score, Version 2.01. 2002. zu beziehen beim Autor: <mailto:christoph.buerki@koda.ch>
- Caroll Kathleen M. *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville, Maryland; 1998. <http://www.drugabuse.gov/TXManuals/CBT/CBT1.html>
- Cotton P. Smoking cigarettes may do developing fetus more harm than ingesting cocaine, some experts say. *JAMA* 1994;271(8):576-7.
- Feuerlein, Wilhelm, Küfner, Heinrich, Soyka, Michael. *Alkoholismus, Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung, Folgen, Therapie*. 5., überarb. u. erw. Auflage. Stuttgart/New York; 1998.
- Forth W, Henschler D, Rummel W. *Allgemeine und spezielle Pharmakotherapie und Toxikologie*, 5. Auflage. Mannheim/Wien/Zürich; 1987.
- Gawin FH, Kleber HD. Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. *Clinical observations. Arch.Gen.Psychiatry* 1986;43(2):107-13.
- Gieringer D. How many crack babies? *The Drugs Policy Letter* 1990;II(2):4-6.
- Green RM, Kelly KM, Gabrielsen T, Levine SR, Vanderzant C. Multiple intracerebral hemorrhages after smoking »crack« cocaine. *Stroke* 1990;21(6):957-62.
- Gutierrez-Cebollada J, de la TR, Ortuno J, Garces JM, Cami J. Psychotropic drug consumption and other factors associated with heroin overdose. *Drug Alcohol Depend.* 1994;35(2):169-74.
- Herz A. Opioid reward mechanisms: a key role in drug abuse? *Can.J Physiol Pharmacol.* 1998;76(3):252-8.
- Hume RF, Jr., Gingras JL, Martin LS, Hertzberg BS, O'Donnell K,
- Killam AP. Ultrasound diagnosis of fetal anomalies associated with in utero cocaine exposure: further support for cocaine-induced vascular disruption teratogenesis. *Fetal Diagn.Ther.* 1994;9(4):239-45.
- Isner JM, Chokshi SK. Cardiac complications of cocaine abuse. *Annu.Rev.Med.* 1991;42:133-8.
- Körkel J, Projektgruppe kT. *10-Schritte-Programm zum selbstständigen Erlernen des kontrollierten Trinkens*. GK Quest Akademie GmbH ; 2001. Zu beziehen bei: [www.kontrolliertes-trinken.de](http://www.kontrolliertes-trinken.de)
- Körkel J. Welche Ziele sind in der Behandlung von i.v. Drogenabhängigen ethisch vertretbar? In: Bellmann GUJCh&WBH, editor. *Mehr als abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin*. Weinheim; 1999. p. 188-207.
- Kruse G, Schmalz U, Körkel J. *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Mit literarischen Beispielen*. 2. Auflage. Bonn; 2001.
- Kuhar MJ, Pilotte NS. Neurochemical changes in cocaine withdrawal. *Trends Pharmacol.Sci.* 1996;17(7):260-4.
- Margolin A, Kleber HD, Avants SK, Konefal J, Gawin F, Stark E et al. Acupuncture for the treatment of cocaine addiction: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;287(1):55-63.
- Miller, William R., Rollnik, Stephen. *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Freiburg i. Breisgau; 1999.
- Pascual-Leone A, Dhuna A, Altafullah I, Anderson DC. Cocaine-induced seizures. *Neurology* 1990;40(3 Pt 1):404-7.
- Schaaf Susanne, et al. *Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr, 2001 (Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik)*. Zürich; 2002.
- Schweizerisches Toxikologisches Informationszentrum. *Wussten Sie das? Toquilone®: Gefahr bei Missbrauch und Überdosierung*. 2002. [http://www.toxi.ch/ger/news\\_992602973\\_24780.html](http://www.toxi.ch/ger/news_992602973_24780.html)

- Sprauve ME, Lindsay MK, Herbert S, Graves W. Adverse perinatal outcome in parturients who use crack cocaine. *Obstet.Gynecol.* 1997;89(5 Pt 1):674-8.
- Spunt BJ, Goldstein PJ, Bellucci PA, Miller T. Drug relationships in violence among methadone maintenance treatment clients. *Adv.Alcohol Subst.Abuse* 1990;9(3-4):81-99.
- Uchtenhagen A., et al. *Betäubungsmittelverschreibung an Heroinabhängige*. Basel; 2000.
- Weisshorn R, Wappler F, Fiege M, Gerbershagen M, Schulte Am EJ. [In-vitro-effects of cocaine in skeletal muscle specimens of patients susceptible to malignant hyperthermia]. *Anesthesiol. Intensivmed. Notfallmed.Schmerzther.* 2002;37(3):138-43.
- Wojak JC, Flamm ES. Intracranial hemorrhage and cocaine use. *Stroke* 1987;18(4):712-5.