

Traitement de la dépendance à la cocaïne: une entreprise multimodale

Michael Schaub^a, Rudolf Stohler^b

^a Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich, ^b Psychiatrische Universitätsklinik, Forschungsgruppe Substanzstörungen, Zürich

Quintessence

- Le but le plus important du traitement de la dépendance à la cocaïne est de conserver ou de rétablir la santé, l'interaction et la participation sociales. L'abstinence, la consommation contrôlée et le traitement de maladies concomitantes ou consécutives doivent aider à atteindre ce but global.
- Le traitement d'une dépendance à la cocaïne est donc multimodal et comprend des éléments sociaux, somatiques, pharmacologiques et psychothérapeutiques.
- Les interventions psychothérapeutiques sont importantes en phase post-aiguë surtout, et les traitements cognitivo-comportementaux – éventuellement complétés par des thérapies familiales chez les adolescents et jeunes adultes – sont les plus prometteurs.
- Aucun médicament n'a jusqu'ici fait ses preuves à large échelle dans le traitement de la dépendance à la cocaïne. Ceux qui ont pu faire preuve de leur efficacité – incorporés dans un traitement multimodal – peuvent être parfaitement indiqués et efficaces selon les cas.
- Ces médicaments ne sont pas admis en Suisse dans l'indication «Traitement de la dépendance à la cocaïne» et doivent donc être prescrits selon les dispositions «off-label-use» de la Loi fédérale sur les médicaments et dispositifs médicaux.

Introduction

La cocaïne est après le cannabis la drogue illégale la plus fréquemment consommée en Suisse. Alors que la consommation de cannabis stagne, voire baisse, celle de cocaïne a constamment augmenté ces dernières années. Selon l'enquête sur la santé en Suisse, 2,5% des hommes et 1,7% des femmes ont avoué en avoir consommé au moins une fois. C'est également un sujet de plus en plus important dans les enquêtes scolaires. Dans la Statistique suisse du traitement des toxicomanies, la cocaïne est maintenant la substance qui pose le plus de problèmes, avant l'héroïne, et les antennes de traitement et de conseil ambulatoires ont vu leurs interventions pour troubles dus à la cocaïne quintupler ces dix dernières années.

Les consommateurs réguliers s'exposent à long terme à différents risques psychiques, physiques et sociaux, dont certains n'ont pas encore fait l'objet de recherches. Les risques dus aux éventuelles impuretés chimiques de substances produites illégalement en font partie. Il existe des algorithmes pharmacologiques efficaces, même s'ils ne sont pas spécifiques, pour le traitement d'une intoxi-

cation aiguë à la cocaïne. Jusqu'ici, aucun médicament n'a par contre fait ses preuves de manière générale dans le traitement de la dépendance à la cocaïne.

La très grande majorité des études sur le traitement d'une dépendance à la cocaïne de ces dix dernières années provient des Etats-Unis. Il s'agit essentiellement de thérapies psychosociales et comportementales spéciales, dont certaines ne sont pas adaptables aux conditions suisses, ou seulement partiellement.

Traitements des effets aigus de la cocaïne

Une forte intoxication à la cocaïne peut être une urgence médicale. Les consommateurs qui se l'injectent ou la fument comme «freebase» ou crack sont particulièrement en danger, car il est plus difficile de la doser «correctement» qu'en la sniffant. Dans une première phase, une grave intoxication se manifeste en général par des symptômes psychopathologiques tels qu'excitation ou anxiété, un syndrome paranoïdo-hallucinatoire ou un état maniforme-agressif, une tachycardie avec extrasystolie et hypertension artérielle et souvent des douleurs thoraciques. A plus fortes doses surviennent des convulsions pouvant évoluer vers un état de mal épileptique. L'intoxication entraîne finalement un coma avec arrêt respiratoire et décès. Les complications les plus dangereuses sont la fibrillation et le flutter auriculaires, l'hyperthermie maligne et les hémorragies cérébrales hypertensives, en plus de l'infarctus du myocarde. La mydriase marquée et le matériel utilisé pour la consommation donnent des arguments étiologiques déterminants pour le diagnostic différentiel. Après dissipation des effets de la cocaïne surviennent souvent des états dépressifs, ledit «crash», avec assez fréquemment des tendances suicidaires fortement accrues.

Le traitement d'urgence d'une intoxication à la cocaïne consiste à assurer la ventilation et l'apport d'oxygène (2–4 l/min) et à administrer (si possible par voie intraveineuse) du diazépam à des doses allant jusqu'à 30 mg pour contrôler ou prévenir les crises épileptiques. Le trinitrate de glycérol (2 bouffées) et la clonidine (0,15 mg i.v.) servent à contrôler l'hypertension (qui se développe) et à corriger l'hypoxie cardiaque. Le vérapamil (5 mg i.v.) est préférable à un bêtabloquant pour traiter les arythmies tachycardisantes [1]. Une hyperthermie doit être traitée ou prévenue par refroidissement physique et si nécessaire par dantrolène (2,5 mg/kg de poids corporel). Un patient en arrêt cardiocirculatoire doit évidemment être réanimé en urgence.



Michael Schaub

Les auteurs certifient qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 434 ou sur Internet sous www.smf-cme.ch.

Le patient intoxiqué à la cocaïne doit être surveillé de près de manière à pouvoir diagnostiquer et traiter rapidement les complications éventuelles (hyperthermie, insuffisance respiratoire aiguë, œdème pulmonaire toxique, rhabdomyolyse et insuffisance rénale). Il faut également craindre une pneumonie par aspiration, dont le traitement est symptomatique, le même que pour les états semblables d'autres étiologies. Il importe de ne pas négliger les éventuelles pulsions suicidaires [2].

Effets à long terme de la cocaïne

Les troubles et syndromes psychiques majeurs sont (en plus d'intoxication, syndrome de sevrage, consommation nocive et dépendance) des psychoses, des troubles anxio-affectifs, un risque suicidaire et une agressivité allant jusqu'à un comportement violent.

Le sniffage chronique peut provoquer des rhinopathies (ozène, perforations septales). La fumée de cocaïne peut attaquer les lèvres, la cavité buccale et les bronches et son injection intraveineuse, toujours plus rare, fait courir le risque d'infection et de contamination, par ex. hépatite C et VIH. Le trouble somatique d'accompagnement le plus fréquent en pratique courante est l'impétigo dont la diffusion chez les cocaïnomanes est favorisée par les mauvaises conditions hygiéniques et le grattage constant (par ex. dans le cadre d'un délire d'épizoonose). L'effet à court terme de ce stimulant comme aphrodisiaque est à l'opposé de ses effets à long terme négatifs sur la libido. L'abus de cocaïne chez les femmes peut se manifester par des troubles du cycle. Les hommes peuvent être frappés d'impuissance. L'expérimentation animale fait suspecter qu'une importante consommation de cocaïne sous forme de crack pendant la grossesse pourrait provoquer des malformations congénitales (atrésies des extrémités).

Traitement de la dépendance à la cocaïne

Remarques générales

Un traitement devrait être mis en route le plus tôt possible et développer l'autoresponsabilité du patient. Au début surtout, il faut veiller à donner une information transparente et à avoir une attitude empathique-attentive, ni valorisante ni dévalorisante. En raison d'éventuelles activités illégales, de tendances paranoïdes et de sentiments de honte, certaines informations des cocaïnomanes sont souvent incomplètes ou contradictoires, surtout en début de traitement. Il faut donc être le plus possible d'accord sur la situation de départ et les buts thérapeutiques, et ceci à long terme – parallèlement à l'établissement de la confiance. Il s'agit typiquement d'améliorer l'état général de santé par abstinence ou consommation contrôlée, par le traitement spécifique des maladies concomitantes, mais aussi de restaurer l'intégration sociale. Les problèmes annexes ou les complications somatiques doivent souvent être traités dans le même temps. Il y a souvent plusieurs dépen-

dances (surtout à l'alcool, aux opioïdes et benzodiazépines) et plusieurs troubles psychiques. Les troubles de la personnalité, les dépressions, les troubles organiques, les troubles bipolaires, les troubles de l'attention et l'hyperactivité, mais aussi les troubles schizophréniformes notamment sont particulièrement fréquents et doivent être traités. Une attention particulière doit être portée à la consommation excessive d'alcool parallèle, ayant déclenché la consommation de cocaïne ou visant à atténuer le crash cocaïnique.

Thérapies psychosociales de la dépendance à la cocaïne

La «Community Reinforcement Approach» tente de proposer aux cocaïnomanes des incitations sociales positives qui ne sont pas en relation directe avec la consommation de cocaïne ou qui ont éventuellement été abandonnées du fait de la dépendance, par ex. un conseil professionnel, social, de couple, etc., de manière à créer des vécus positifs destinés à remplacer la cocaïne.

Les Etats-Unis surtout essaient de récompenser l'abstinence de cocaïne (confirmée par ex. dans des examens d'urine) par des incitations et des récompenses. De l'argent, des bons ou d'autres récompenses sont distribués dans le «management de la contingence».

Ce type de traitement semble être supérieur aux thérapies cognitivo-comportementales chez les patients n'ayant que de faibles capacités cognitives. Pour qu'un tel modèle d'incitation et de récompense marche aussi bien en Europe, et surtout en Suisse avec ses modèles d'assurance-maladie, qu'il soit accepté et puisse être financé, il faut encore qu'il fasse ses

preuves. Une seule étude associant «Community Reinforcement Approach» et «management de la contingence» a été publiée en Europe. Cette étude effectuée en Espagne a obtenu des résultats positifs.

Options psychothérapeutiques de la dépendance à la cocaïne

Les thérapies individuelles et de groupe ont fait leurs preuves. La thérapie individuelle s'effectue sous forme d'information sur les drogues, de sociothérapie, de psychothérapie des profondeurs, de thérapie systémique ou cognitivo-comportementale (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]). Le spectre des thérapies de groupe comprend psychoéducation, conseil, thérapie axée sur un thème, CBT et thérapie de groupe psychodynamique modifiée. La thérapie de groupe favorise la vision des attitudes défensives spécifiques du trouble (bagatellisation de la consommation, non-observation de facteurs déclenchants importants, etc.), agit favorablement sur la capacité de différenciation et de verbalisation des affects et améliore l'introspection et les aptitudes interactionnelles. Le groupe peut en outre prévenir l'isolement des patients; ils ne se sentent pas seuls en échangeant les expériences de leurs problèmes. Mais le groupe présente l'inconvénient que les thèmes dits honteux restent souvent tus et que certains patients s'y sentent mal. La condition pour une thérapie de groupe est une certaine stabilité de fréquentation. Au début et en cas de

Il est probable que les techniques de management de la contingence telles que celles pratiquées aux Etats-Unis ne soient pas indiquées pour la Suisse

traitement semble être supérieur aux thérapies cognitivo-comportementales chez les patients n'ayant que de faibles capacités cognitives. Pour qu'un tel modèle d'incitation et de récompense marche aussi bien en Europe, et surtout en Suisse avec ses modèles d'assurance-maladie, qu'il soit accepté et puisse être financé, il faut encore qu'il fasse ses

preuves. Une seule étude associant «Community Reinforcement Approach» et «management de la contingence» a été publiée en Europe. Cette étude effectuée en Espagne a obtenu des résultats positifs.

Options psychothérapeutiques de la dépendance à la cocaïne

Les thérapies individuelles et de groupe ont fait leurs preuves. La thérapie individuelle s'effectue sous forme d'information sur les drogues, de sociothérapie, de psychothérapie des profondeurs, de thérapie systémique ou cognitivo-comportementale (Cognitive-Behavioral Therapy [CBT]). Le spectre des thérapies de groupe comprend psychoéducation, conseil, thérapie axée sur un thème, CBT et thérapie de groupe psychodynamique modifiée. La thérapie de groupe favorise la vision des attitudes défensives spécifiques du trouble (bagatellisation de la consommation, non-observation de facteurs déclenchants importants, etc.), agit favorablement sur la capacité de différenciation et de verbalisation des affects et améliore l'introspection et les aptitudes interactionnelles. Le groupe peut en outre prévenir l'isolement des patients; ils ne se sentent pas seuls en échangeant les expériences de leurs problèmes. Mais le groupe présente l'inconvénient que les thèmes dits honteux restent souvent tus et que certains patients s'y sentent mal. La condition pour une thérapie de groupe est une certaine stabilité de fréquentation. Au début et en cas de

crise surtout, un traitement intensif avec contacts quotidiens peut s'avérer nécessaire.

Les techniques psychothérapeutiques sont importantes surtout en phase post aiguë. Une méta-analyse récente a démontré qu'aucune option thérapeutique n'était généralement supérieure, et que la CBT était prometteuse de succès surtout aux patients dotés de bonnes facultés cognitives [3]. La CBT s'effectue la plupart du temps

Le baclofène a-t-il un effet préventif sur les rechutes pendant les premières semaines d'abstinence de cocaïne?

avec un manuel thérapeutique donné et clairement structuré, ou en se basant au moins sur les modules thérapeutiques centraux tels que la reconnaissance des situations à risque, la

gestion de la demande typiquement forte avec la cocaïne et des rechutes ne correspondant pas aux buts du traitement. L'accompagnement de la CBT par des éléments de discussion motivationnelle s'est avéré tout aussi favorable, surtout lors de la convention initiale des buts et de la motivation à la compliance au traitement.

Pour les troubles associés à la cocaïne, l'efficacité d'une thérapie analytique est confirmée par des rapports de cas et par l'expérience clinique, surtout pour les techniques de groupe psychodynamiques modifiées. Des techniques complémentaires de soutien sont en outre efficaces pour pratiquement toutes les options de traitement des troubles dus à des substances. L'efficacité des éléments de soutien du Moi se basant sur une relation thérapeutique solide est confirmée.

Options pharmacothérapeutiques de la dépendance à la cocaïne

Certains médicaments peuvent être utilisés à moyen et long terme pour le traitement du syndrome de sevrage. Malgré une recherche intensive de plusieurs années, aucun médicament ne s'est avéré efficace de manière générale et convaincante pour le traitement de la dépendance à la cocaïne. Les études comparatives sont rares et, surtout pour cette raison, les médicaments présentés ci-dessous ne sont donc pas admis en Suisse dans l'indication «Traitement de la dépendance à la cocaïne». Ils ne seront donc prescrits que selon les dispositions du «off-label-use» de la Loi fédérale sur les médicaments et dispositifs médicaux.

La condition d'un traitement par stimulants, la plupart des études ayant été effectuées avec le méthylphénidate (Ritaline®), moins avec le modafinil (Modasomil®) et

Avec l'injection ou la fumée de «freebase» ou de crack, la dose est plus difficile à trouver qu'avec le sniff

la dexamphétamine, est une certaine fiabilité des patients vu le risque de diversification et de surdosage. L'efficacité et la tolérance d'un tel traitement (surtout du

méthylphénidate) sont confirmées dans une certaine mesure pour le sevrage (pour env. 1–2 semaines). Par contre, pour les traitements à long terme, le méthylphénidate n'est indiqué qu'en cas de comorbidité avec déficit de l'attention et hyperactivité. Une première méta-analyse systématique sur la prescription pendant

plusieurs mois de stimulants en cas de dépendance à la cocaïne conclut qu'aucun stimulant ne peut encore être recommandé à large échelle, mais que le modafinil et la dexamphétamine sortent un peu du lot pour ce qui est de l'abstinence [4]. Le modafinil semble par contre peu indiqué en cas de comorbidité avec dépendance à l'alcool et son potentiel d'interaction avec d'autres substances (par ex. contraceptifs) est élevé.

Une autre option pharmacologique est celle des anti-épileptiques et des stabilisateurs de l'humeur. La vigabatrine (Sabril®) inhibe sélectivement et irréversiblement la GABA-transaminase et est en phase d'admission clinique comme médicament anticocaïne aux Etats-Unis. Une étude récente n'a par contre pu trouver aucune efficacité significative par rapport au placebo d'autres antiépileptiques et stabilisateurs de l'humeur [5]. Le baclofène (Lioréal®), agoniste du GABA_B, a un éventuel effet préventif sur les rechutes pendant les premières semaines d'abstinence confirmée de cocaïne.

Le disulfiram (Antabus®) inhibe la dégradation de la dopamine par diminution de l'activité de son estérase sérique et de la dopamine-hydroxylase. L'efficacité du disulfiram est confirmée dans une certaine mesure en association surtout à la CBT, mais il est manifestement moins indiqué chez les personnes de sexe féminin et celles souffrant de maladies cardiovasculaires.

En cas de dépendance mixte à la cocaïne et à l'alcool, la naltrexone (Naltrexin®) seule et en association au disulfiram a donné ses premiers résultats positifs chez des hommes, qui ont baissé leur consommation de ces deux substances. Mais pendant la durée de cette étude, soit 11 semaines, il n'y a eu aucune différence significative par rapport au placebo entre naltrexone, disulfiram et leur association. La naltrexone a augmenté la consommation de cocaïne des femmes ayant une double dépendance à la cocaïne et à l'alcool.

La N-acétylcystéine est censée être efficace en normalisant la neurotransmission glutaminergique excessive en phase de manque de cocaïne.

Les antidépresseurs stimulants tels que le bupropion (Zyban®), la venlafaxine (Efexor®), etc. ont eu un effet surtout antidépresseur chez les cocaïnomanes, mais ne sont pas parvenus à atténuer significativement la consommation de cette drogue. Chez des personnes n'ayant pas de troubles schizophréniformes, l'efficacité des neuroleptiques, à savoir une baisse de la consommation en cas de dépendance à la cocaïne, n'a pu être confirmée dans aucune étude clinique.

Avant d'utiliser les médicaments ci-dessus chez des cocaïnomanes sous substitution par opioïdes, il faut veiller à ce que la dose des médicaments de substitution soit suffisante. La controverse est toujours vive pour savoir s'il y a des substituts spécialement indiqués pour le traitement des dépendances mixtes à la cocaïne et aux opioïdes.

Conclusions

La très grande majorité des études sur le traitement de la dépendance à la cocaïne de ces dix dernières années provient des Etats-Unis, où des thérapies psychoso-

ciales et comportementales, parfois en association à des médicaments, sont maintenant sur le point de s'imposer. Mais les techniques les plus pratiquées – dont le management de la contingence – ne sont probablement pas indiquées pour la Suisse. Malgré une recherche intensive de plusieurs années, aucun médicament n'a pu s'imposer jusqu'ici pour le traitement de la dépendance à la cocaïne. Les médicaments ayant fait la preuve d'une certaine efficacité ne sont donc pas indiqués à large échelle et ne sont pas admis en Suisse dans l'indication «Traitement de la dépendance à la cocaïne». Leur prescription doit se faire selon les dispositions du «off-label-use» de la Loi fédérale sur les médicaments et dispositifs médicaux. En pratique cependant, la prescription de médicaments appropriés par le spécialiste dans le cadre d'un traitement multimodal peut être parfaitement indiquée et efficace dans certains cas. Les thérapies cognitivo-comportementales individuelles et de groupe, relativement efficaces, sont particulièrement indiquées en Suisse chez des cocaïnomanes dotés de bonnes facultés cognitives; l'association des principes de la thérapie systémique à ceux de la CBT semblant être mieux indiquée chez les adolescents et jeunes adultes. Pour les patients ayant de moins bonnes facultés cognitives sont plutôt

Après la dissipation de l'effet de la cocaïne, il se produit souvent un crash cocaïnique

indiquées les options multimodales à long terme moins classiquement modularisées, se référant il est vrai aux modules centraux de la CBT mais complétées par des thérapies de soutien. Vous trouverez de plus amples informations sur ce sujet dans le glossaire des traitements des troubles provoqués par la cocaïne sous www.kokainbehandlung.ch.

indiquées les options multimodales à long terme moins classiquement modularisées, se référant il est vrai aux modules centraux de la CBT mais complétées par des thérapies de soutien.

Vous trouverez de plus amples informations sur ce sujet dans le glossaire des traitements des troubles provoqués par la cocaïne sous www.kokainbehandlung.ch.

Correspondance:

Dr Michael Schaub
 Fachpsychologe für Psychotherapie FSP
 Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich
 Konradstrasse 32
 Postfach
 CH-8031 Zürich
michael.schaub@isgf.uzh.ch

Références

- 1 Page RL 2nd, Utz KJ, Wolfel EE . Should beta-blockers be used in the treatment of cocaine-associated acute coronary syndrome? *Ann Pharmacother*. 2007;41(12):2008–13.
- 2 Stohler R. Kokain und andere Stimulanzien. In: *Drogennotfälle: Diagnostik, Klinisches Erscheinungsbild, Therapie*. Soyka M, Hrsg. Stuttgart: Schattauer-Verlag; 2010. p.126–37.
- 3 Knapp WP, Soares BG, Farrel M, Lima MS. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;3:CD003023.
- 4 Castells X, Casas M, Pérez-Mañá C, Roncero C, Vidal X, Capellà D. Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;2:CD007380.
- 5 Minozzi S, Amato L, Davoli M, Farrell M, Lima Reisser AA, Pani PP, et al. Anticonvulsants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;2:CD006754.