

# SWAPS

# CRACK

Santé, réduction des risques et usages de drogues loi de (N°) 70 / 1<sup>er</sup> trimestre 2013

## L'arrivée

du crack en France,  
entre fantasmes et réalités / 2

**Pipes à crack :**  
historique et mise en place  
des nouveaux outils / 6

**Un nouvel outil**  
à la disposition  
des usagers de drogues :  
**l'auriculothérapie** / 9

**Modalités du sevrage**  
des consommateurs de crack / 17

Consommateurs de crack  
**du Csapa**  
**de Pointe-à-Pitre** / 20

**Mijaos, Phase,**  
**deux dispositifs**  
pour des crackers actifs / 22

**Symptômes psychotiques**  
**transitoires** induits par la cocaïne / 24

La réduction des risques  
**de demain : consolidée,**  
**étendue, intégrée, avancée...** / 25



/ 13

# L'arrivée du crack en France, entre fantasmes et réalités

**Alexandre Marchant** / Doctorant en histoire à l'École normale supérieure (ENS) de Cachan

*Surnommé le « caillou » ou la « roxanne », le crack résulte de la purification du chlorhydrate de cocaïne au moyen d'éther éthylique, de bicarbonate de soude ou plus généralement d'ammoniaque afin d'obtenir une « cocaïne basée » ou free-base sous forme de cristaux. Destiné à être fumé, ou inhalé au moyen d'une « pipe à crack » ou, de façon plus rudimentaire, dans des cannettes vides de bière ou de coca ou encore à l'aide d'un doseur à pastis, le crack agit en l'espace d'une minute et provoque les mêmes effets que la cocaïne pour seulement 10 à 15 min. Chez les usagers, déjà issus de populations marginalisées, la sensation de flash et la descente sont à la base de comportements violents et d'une puissante dépendance.*

« Crack : le produit a fait son apparition en France, aux Antilles, vraisemblablement en provenance de la Jamaïque. [...] La présence de crack, sous l'appellation de "caillou", a également été constatée en métropole, et plus précisément à Paris, dans les couloirs du métro. Mais il s'agissait d'un produit de mauvaise qualité et disponible en très faibles quantités. Il est évident que des journalistes, en mal de sensationnel, ont donné au phénomène une importance hors de proportion avec sa réalité. Il semble donc que, pour l'instant, "l'arbre cache la forêt" : les saisies spectaculaires de cocaïne<sup>1</sup> font oublier le mal que représente encore l'héroïne en France »<sup>2</sup>. Comme le montre cet extrait d'un fascicule de l'École nationale de police de 1989 destiné à la formation des futurs inspecteurs de l'Office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants (OCRITIS), l'arrivée du crack, redoutée par les uns, relativisée par les autres, n'a guère laissé indifférent.

## Aux origines : le chemin des Antilles

Le crack trouve son origine dans les Caraïbes, plus précisément en Jamaïque, produit de la rencontre entre le trafic émergent de cocaïne des régions andines vers les États-Unis et le mouvement rastafari. Ce dernier se structure autour

d'une pensée religieuse et messianique apparue au début du XX<sup>e</sup> siècle, se fondant sur une relecture des textes sacrés (la Bible) et promouvant un mode de vie spécifique, dont la consommation de cannabis considérée comme une herbe sacrée (« Il s'élevait de la fumée de ses narines », Psaumes 18: 9; « Les feuilles de l'arbre de vie servent à la guérison des Nations », Apocalypse 22: 2). Ces milieux étaient donc traditionnellement la source d'un trafic de marijuana vers les États-Unis, pris en charge par des gangs de malfaiteurs appelés « posses », nés dans les ghettos de Kingston dans les années 1970 et essaimant aux États-Unis dès 1976; trafic scrupuleusement surveillé et combattu par la *Drug Enforcement Administration* (DEA). Au même moment, les cartels de la cocaïne de Colombie sont à la recherche de relais dans les Caraïbes : ils se tournent vers des groupes trinitadiens et jamaïcains pour y trouver des intermédiaires, leur apprenant au passage des techniques de purification en vigueur au Pérou ou au Venezuela, permettant d'obtenir de la cocaïne base à partir de la pâte de cocaïne, traditionnellement mâchée ou fumée (en *bazuka*) dans les régions productrices. Ces techniques seront appliquées ensuite directement à la poudre de cocaïne, donnant ainsi naissance au crack. Une partie des rastas se laisse tenter, trouvant à cette nouvelle pratique son indispensable justification biblique : « Au vainqueur, je donnerai de la manne

<sup>1</sup> Statistiques de l'OCRITIS. Les saisies de cocaïne atteignent la barre des 250 kg en 1983, celle des 500 kg en 1987, enfin celle des 1 000 kg en 1989.

<sup>2</sup> Les produits stupéfiants. Archives du ministère de l'Intérieur, Archives nationales-Fontainebleau 1989:33. CAC 19970135/19/83

cachée. Je lui donnerai la *Pierre blanche* et, gravé sur la pierre, un nom nouveau que personne ne connaît, sinon celui qui le reçoit » (Lettre à l'église de Pergame, 2: 17). En 1985, l'approvisionnement en cocaïne des États-Unis passe essentiellement par les îles anglophones des Caraïbes et une partie du milieu rasta est bel et bien passée de l'herbe à la « roche », même si certains sont restés fidèles à la consommation exclusive de cannabis, voyant dans le crack un produit diabolique importé de « Babylone ».

De Jamaïque, le crack s'est ensuite répandu dans toute la Caraïbe, facilité par l'absence de tradition d'injection de drogue et aussi par une grande habitude culturelle de la « fumette ». Le Pr Charles-Nicolas, sur la base de ses observations dans les Antilles françaises et en Guyane, périodise le mouvement ainsi : période cannabis de 1964 à 1981, introduction de la cocaïne en 1982, rapidement passage à la consommation de *free-base* produite avec de l'éther en 1983-1984 puis généralisation du crack à partir de 1984-1985<sup>3</sup>. Dans les départements français d'outre-mer, la toxicomanie au crack a alors renforcé le phénomène de criminalisation des ghettos qui étaient nés en périphérie des villes du fait de l'exode rural dans les années 1970, certains quartiers devenant alors des plaques tournantes du trafic : la Crique à Cayenne, Boissard à Pointe-à-Pitre, ou encore La Mangrove dans l'agglomération de Fort-de-France. Encore aujourd'hui, c'est là que se trouvent les plus fortes zones de consommation du « caillou » qui s'y vend massivement et 3 à 5 fois moins cher qu'à Paris : en 2003, une dose coûte 2 euros en Guyane, 3 à 4 euros en Martinique, contre 10 euros en métropole<sup>4</sup>.

## L'ombre portée de l'épidémie de crack aux États-Unis

Toujours par le biais des posses, le crack s'est aussi retrouvé au cœur des consommations de minorités ethniques aux États-Unis, afro-américaines et latinos, avec, en leur sein, une forte proportion de caribéens. C'est alors que naît une grande peur sur la question du crack au pays de la « guerre à la drogue ». La consommation de cocaïne est alors en plein essor, mais le crack va noircir davantage le tableau. Il fait son apparition à Los Angeles, San Diego, Houston et Miami en 1981, à New York en 1983 puis se répand largement à l'ensemble du territoire à partir de 1985. Les admissions d'urgence en hôpital pour abus de drogue vont passer sous son effet de 5 200 en 1983 à 26 000 en 1987 puis à 43 744 en 1990, et les overdoses de 666 en 1984 à 1 805 en 1987, frappant de plein fouet une jeunesse pauvre et issue des minorités, dans les quartiers frappés par le chômage et l'exclusion. Sur le plan des pratiques, la cuisine du « crack » s'opère par les

vendeurs dans des labos sommaires ou par les usagers eux-mêmes, tandis que les lieux de vente, de la rue, passent progressivement dans des appartements vite surnommés *crack houses* où l'on consomme également. Mais surtout, les autorités imputent directement à ce nouveau trafic une mutation profonde des gangs de rue qui achètent, grâce aux profits massifs, des armes à feu, multipliant ainsi le nombre de morts lors des rixes entre bandes, dont un tiers de victimes de balles perdues. Sur le seul dernier week-end de janvier 1989, on dénombre 25 tués par balle à Los Angeles, où l'on recense près de 600 gangs pour un total de 65 000 membres ; à New York, sur les 2 050 homicides commis en 1990, 32 % seraient en rapport avec le commerce de la drogue (toutes substances confondues, mais la cocaïne dans ses diverses formes arrive en tête), mais c'est surtout Washington DC (District de Columbia) qui va devenir le symbole de la nouvelle violence urbaine induite par le crack : « L'indignation générale face à la vague de violence liée à la drogue a atteint une intensité sans précédent. Washington connaît actuellement le plus fort taux d'homicides des États-Unis »<sup>5</sup>. Entre 1985 et 1992, sur l'ensemble du territoire, environ 4 000 morts sont attribués directement à l'activité des posses jamaïcaines dont les plus célèbres sont les *Shower posse*, *Waterhousse posse*, *Spangler posse*, *Montego Bay posse*...

Les administrations Reagan puis Bush, notamment pour ce dernier par le biais du « Tsar de la drogue », William Bennett, déclarent au crack une guerre sans merci. La frénésie médiatique commence pendant le « Crack Summer » de 1986. Dès lors, les discours catastrophistes vont bon train : les villes seraient en état de siège face aux gangs, les *crack-heads* seraient des marginaux dépravés menaçant la société et le mythe de la génération perdue des *crack-babies*, enfants nés de mères toxicomanes et héritant de dommages physiques et psychologiques irréversibles, contribue à créer une véritable « panique morale ». On recenserait plus de 3 000 *crack-babies* nés en 1989 et 10 000 enfants intoxiqués seraient bientôt scolarisés. De nombreux travaux ont tenté de déconstruire ces mythes comme parties intégrantes de la révolution conservatrice des Républicains au pouvoir, tentant de détourner l'attention des Américains des problèmes économiques vers des préoccupations morales. Toujours est-il qu'il y a là une bien inquiétante ombre portée venue d'outre-Atlantique. Les préoccupations des autorités américaines se répandent aux autres pays occidentaux par divers relais. En 1989, Interpol tirait également la sonnette d'alarme et évoquait une véritable révolution des modes de consommation : « L'apparition de la *free-base* et du crack ont eu un effet néfaste sur la situation de la criminalité liée à la cocaïne, qui a atteint des niveaux autrefois réservés à l'héroïne. [...] »

<sup>3</sup> Charles-Nicolas A. *Crack et cannabis dans la Caraïbe ; la roche et l'herbe*. Paris : L'Harmattan 1997 : 26-8

<sup>4</sup> Richard D, Senon JL, Valleur M. *Crack. Dictionnaire des drogues et des dépendances*. Paris : Larousse 2005 : 171-3

<sup>5</sup> OIPC. *Revue internationale de police criminelle* novembre-décembre 1990 : 427



Aujourd'hui, avec le crack et les *bazucos*, la cocaïne a non seulement gagné les classes moyennes, mais aussi les enfants et les adolescents »<sup>6</sup>. Ou encore, lors de la séance de clôture de la conférence européenne et nord-américaine sur la sécurité des villes et la prévention de la criminalité à Montréal en octobre 1989, le maire de Philadelphie, Wilson Goode, s'écrie devant ses confrères européens : « Ne sous-estimez pas, je vous en prie, la menace que représentent les cartels de la cocaïne, ne sous-estimez pas l'emprise de la cocaïne et du crack sur les utilisateurs ! ». En France, les autorités accueillent la menace avec circonspection et veulent réagir de façon mesurée. Le comité de coordination interministérielle de lutte contre la drogue statue en ces termes en décembre 1989 : « À propos du crack, il est souligné que des informations ont pu jouer un rôle d'incitation, alors même que le problème n'existe pas véritablement. Sa consommation aux États-Unis paraît clairement liée à la paupérisation des grandes villes et de leurs banlieues. En tout état de cause, il serait irréaliste de réglementer le commerce du bicarbonate de soude ou de l'ammoniaque, qui entrent dans la composition de cette drogue »<sup>7</sup>.

## L'arrivée du « caillou » à Paris

Toutefois, la consommation de crack a bel et bien commencé en France à ce moment-là. La première affaire de crack référencée par l'OCRIS date de 1986. Mais, après une consommation sporadique, c'est en 1989 que le phénomène se précise. En 1991, l'Office a recensé 51 interpellations d'usagers de crack dans 4 départements, dont Paris et la Martinique. En 1992, le nombre est passé à 140, sur 8 départements desquels se distingue la Seine-Saint-Denis. En 1993, le crack est identifié dans 14 départements et 226 usagers sont connus de la police rien qu'à Paris. La partie immergée de l'iceberg est forcément plus importante (sans doute un millier de personnes en 1993 à Paris), et une sous-évaluation du phénomène peut être aussi liée au fait que le crack a pu être comptabilisé au départ en tant que cocaïne. Sa diffusion n'est pas sans lien avec le développement du trafic de cocaïne, même si les usagers diffèrent. Les données statistiques du ministère des Affaires sociales (SESI) font état d'un doublement de ses consommateurs (57,69 %) entre 1991 et 1992 dans les centres spécialisés, pointant le rôle du crack sans toutefois, là encore, distinguer statistiquement les deux substances.

Sur le plan des « scènes », les enquêtes ethnographiques de Rodolphe Ingold et de Mohamed Toussirt<sup>8</sup>, au sein de l'Institut de recherches en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP), sur la consommation de cocaïne à Paris, identi-

fient en 1992-1993 les premiers foyers de trafic d'importance dans quelques stations de la ligne 9 du métro, entre Strasbourg-Saint-Denis et Nation. Plusieurs squats à la durée de vie plus ou moins éphémères, dans les XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> arrondissements, se distinguent également comme lieu de vente de crack, attirant une population de toxicomanes marginalisés et de prostituées. La première *crack house* de Paris, en 1989, se situe ainsi dans un hangar de la rue de Tanger, fréquentée principalement par des travestis et des prostituées. Mais les fumeries n'ont pas bonne réputation, y compris auprès de certains usagers, car on s'y ferait aisément dépouiller. En 1992, la police ferme, rue Myrha, l'une de ces fumeries dans un appartement squatté auquel on accédait après être passé devant un « gardien » à l'entrée de l'immeuble<sup>9</sup>. Mais une vente de rue se développe également, qui gravite autour de la place Stalingrad. Cette dernière est célèbre pour le développement d'un site coincé entre la Rotonde et le canal de l'Ourcq, fonctionnant surtout la nuit mais attirant, dès 1992-1993, des centaines d'usagers venus se ravitailler ou consommer sur place. D'autres sites secondaires se développent également : place de la Nation, Strasbourg-Saint-Denis, Pigalle... À l'origine, son importation et ses techniques de « cuisine » sont clairement le fait des Antillais, le produit est même vendu 100 francs le caillou, sous le terme de « crack antillais » pour le distinguer artificiellement du « crack américain », à la réputation sulfureuse. Cette fausse distinction a pu d'ailleurs favoriser l'introduction du produit. Les Antillais sont pris pour cible dans la presse et même Georgina Dufoix, à la tête de la Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT), ira jusqu'à dire publiquement que « ce sont surtout des Antillais qui sont impliqués dans le commerce et l'usage de crack »<sup>10</sup>.

Les données recueillies par Ingold et Toussirt témoignent ainsi d'un phénomène bien installé dans la capitale et pré-occupant. D'abord par son caractère compulsif : le crack peut consommer à lui seul 3 000 à 5 000 francs de crack en une seule nuit, soit l'équivalent de plusieurs grammes de cocaïne. De ce fait, le besoin de ressources financières se traduit par un développement de la délinquance ou du travail sexuel, le prix d'une passe équivalait à celui d'un caillou. Enfin, bien que le produit n'ait pas les mêmes effets, le crack semble s'intégrer dans les circuits de l'héroïne, déjà hautement précarisés : pour les prostituées, le recours aux opiacés ou tranquillisants permet de maîtriser l'état de sur-excitation ou de manque induit par le crack pour aller travailler, sans être pour autant d'anciennes consommatrices d'héroïne ; pour d'autres, il s'agit simplement de « gérer la descente » après une nuit entière passée à fumer le crack. Un autre observatoire est celui fourni par la Boutique, structure de prévention de rue de l'association Charonne inaugu-

<sup>6</sup> La cocaïne, drogue de l'année en Europe. OIPC, Revue internationale de police criminelle numéro spécial mai-juin 1989 : 418

<sup>7</sup> Sources des citations : brochure de la conférence, séance de clôture de la conférence, 13/10/1989 ; relevé de décision du comité, 5/12/1989, Archives nationales, ministère de la Justice, CAC 19950397/25

<sup>8</sup> Ingold R, Toussirt M. Approche ethnographique de la consommation de cocaïne à Paris. Paris : IREP 1992. La consommation du crack à Paris en 1993. Données épidémiologiques et ethnographiques. Annales médico-psychologique 1994;152:400-6

<sup>9</sup> Combesque MA. Le crack se répand à Paris. Interdépendances mai 1994;116:5-6

<sup>10</sup> Charles-Nicolas A. op.cit., propos relatés dans le chapitre 1

rée en juin 1993 dans le XVIII<sup>e</sup> arrondissement. La moitié des toxicomanes accueillis, issus du quartier La Chapelle-Marx-Dormoy, sont des crackers (53 % des 450 toxicomanes reçus les six premiers mois), principalement des Antillais et des Africains, dont une majorité d'hommes et essentiellement des prostituées en ce qui concerne les femmes, pour beaucoup d'anciens héroïnomanes mais aussi parfois primo-consommateurs de crack très jeunes, de 18 ans, voire moins. L'état d'amaigrissement, d'épuisement et de confusion des crackers est souvent extrême, les personnels associatifs notent qu'il n'est pas exceptionnel de rencontrer des sujets n'ayant pas dormi au cours des trois ou quatre journées précédentes. Beaucoup sont séropositifs, la contamination s'est faite généralement par l'injection d'héroïne (cependant certains s'injectent aussi le crack après adjonction d'acide citrique pour le rendre soluble), et nombreux sont sans domicile fixe. La vie sociale du quartier a, quant à elle, été profondément transformée par la consommation et le trafic, avec le développement du racket et d'arnaques, souvent à l'origine de rixes de rue très violentes.

## Le crack ne sera pas le nouveau fléau social des années 1990

Dans un premier temps, la presse diffuse les constats alarmistes des études Ingold-Toussirt, tel *Le Monde* en avril 1994, reprenant les termes mêmes des chercheurs : « Il serait audacieux d'imaginer que le phénomène puisse rester confiné aux portes du XIX<sup>e</sup> arrondissement »... Ce même quotidien avait, pendant l'année 1989, publié sur les ravages du crack à New York, et ému son lectorat avec la description d'un « bébé crack » de 640 grammes à la naissance, maintenu en vie dans sa couveuse, né d'une mère toxicomane de 13 ans, issue des quartiers pauvres de Washington<sup>11</sup>. Pendant ce temps, les riverains de la place Stalingrad s'indignent de la revente de rue et de la consommation près de la Rotonde et dans les rues adjacentes, ou de ces curieuses lumières nocturnes aperçues depuis le boulevard de la Villette qui proviennent des briquets des

fumeurs de crack. En octobre 1994, ils organisent une grande manifestation contre la drogue, fortement médiatisée. En face, les porte-parole de l'association « Limitez la casse », qui militent pour la réduction des risques et une solution non répressive, se font copieusement hués. Les interventions régulières de la police et de la brigade anti-criminalité (BAC), et la décision de la mairie d'installer des forains à proximité, contribueront à l'élimination progressive de la scène ouverte de Stalingrad. Mais les crackers ne feront que se replier vers le secteur de La Chapelle... pour revenir quelques années plus tard, provoquant

un regain d'ardeur des riverains et un affrontement, à nouveau très médiatisé, autour de Stalingrad en 2001-2002. Face au puissant Collectif anti-crack (CAC), qui canalise le mécontentement de nombreux habitants du quartier, avec ses « tournées de pères de famille » et ses conférences de presse, le maire du XIX<sup>e</sup> arrondissement, Roger Madec, mettra en place un « panel citoyen » pour réfléchir aux façons de mieux vivre dans le secteur, dans un compromis entre la répression, la prévention et les soins. La tension est retombée de plusieurs crans, ainsi que l'attention médiatique, mais de nombreux problèmes demeurent<sup>12</sup>.

Entre-temps, le phénomène du crack s'est banalisé, mais sans jamais prendre les proportions d'outre-Atlantique. Certes, le trafic est allé crescendo depuis le début des années 1990, comme le montrent les statistiques : 59 trafiquants pour 1 948 g saisis en 1992, 60 pour 5 212 g en 1993, 116 pour 10 235 g en 1994<sup>13</sup>. Mais il semble être resté une affaire de « minorités ethniques » : des Antillais, le commerce du crack s'est étendu aux populations d'Afrique subsaharienne et du Maghreb, jusqu'à représenter au niveau des usagers, en 2002, 39 % de la population accueillie à la Boutique<sup>14</sup>. Déjà des interpellations dans des squats en 1991 mettaient en cause des dealers sénégalais ou béninois cuisinant la cocaïne. De plus en plus, on s'adresse au *moudou*, surnom des dealers africains, pour obtenir sa galette ou ses cailloux. De même, le commerce est resté géographiquement cantonné au foyer originel des Antilles-Guyane, aux quartiers nord-est de Paris ainsi qu'à la région parisienne : 65 % des 850 personnes interpellées en 2002 en sont originaires. Le phénomène ne s'est réellement étendu qu'en banlieue nord où la ville de Saint-Denis, notamment le quartier de la gare, s'est lentement imposée comme une véritable plaque-tournante du crack en Île-de-France. Au point qu'en 2009, excédés par l'activité nocturne des trafiquants, par les allers-retours de près de 300 clients réguliers et par les agressions perpétrées sur les commerçants, les riverains y attireront eux aussi l'attention des médias. Mais, comme à Stalingrad, les opérations policières déclenchées ne feront que déplacer ailleurs les crackers<sup>15</sup>.

Cependant, hormis ces affaires ponctuelles, en raison de la circonscription sociale et géographique du phénomène, et de l'absence d'une guerre des gangs de grande intensité sur le modèle des posses jamaïcaines, il n'y aura pas eu en France d'effet de « panique morale » comme aux États-Unis. Toutefois, des scènes émergentes en province, comme à Metz, et une extension des consommations au milieu festif, ont été récemment pointées dans des enquêtes de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), ce qui laisse à penser que le chapitre est loin d'être clos<sup>16</sup>.

<sup>11</sup> *Le Monde*, 22/03/1989; 07/09/1989; 03/10/1989 (3 articles différents ce jour-là sur les ravages du crack aux États-Unis)

<sup>12</sup> Doubre O. *La scène du crack. Vacarme* 2003;24

<sup>13</sup> Boekhout van Solinge T. *L'héroïne, la cocaïne et le crack en France. Amsterdam: CCDRO: 197-206*

<sup>14</sup> Touzirt M. *La toxicomanie chez les populations migrantes: cas des consommateurs de crack. Toxibase 2004; 13*

<sup>15</sup> *Le Monde*, 19/09/2009

<sup>16</sup> OFDT. *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2009; tendances récentes sur le site de Metz. 2010*

# Pipes à crack : historique et mise en place des nouveaux outils

Marie Jauffret-Roustide / InVS et Cermes3 (Inserm U988)

*Le partage du matériel d'injection entre usagers de drogues (UD) constitue la première cause de contamination par le VHC dans les pays industrialisés, mais ce risque est bien documenté dans la littérature et a été pris en compte dans la mise en œuvre de la politique de réduction des risques (RdR). La transmission du VHC par le biais de la consommation de crack, et plus particulièrement du partage des pipes à crack, constitue un débat d'actualité dans la littérature internationale particulièrement pertinent, dans un contexte d'augmentation de la consommation de cocaïne base (free base ou crack) en Europe et en France.*

En France, l'expérimentation de cocaïne a été multipliée par trois ces quinze dernières années. La littérature internationale indique par ailleurs que la prévalence du VHC parmi les consommateurs de crack

est particulièrement élevée et peut atteindre 50 à 75 %<sup>1,2</sup>. La transmission du VHC chez les usagers de crack semble liée à l'utilisation de pipes en verre qui, facilement cassables et conduisant bien la chaleur, provoquent des brûlures et des coupures aux lèvres et aux mains, constituant des portes d'entrée pour la transmission des virus<sup>3</sup>.

La population des consommateurs de crack a fait l'objet de peu de recherches en France, tant épidémiologiques que sociologiques. L'étude Coquelicot a montré que le crack était le premier produit illicite consommé dans le dernier mois (30 % des UD) et que la prévalence du VHC chez les consommateurs de crack non injecteurs atteignait 45 %. La pratique du partage de la pipe à crack y était rapportée par 8 usagers sur 10 dans le dernier mois. L'enquête a aussi montré que la consommation de crack par voie fumée était associée à la séropositivité pour le VHC, après ajustement sur l'injection et la précarité des conditions de vie<sup>4</sup>, venant ainsi conforter le lien entre transmission du VHC et consommation de crack par voie fumée.

Dans ce contexte épidémiologique préoccupant, l'Institut de veille sanitaire et le Cermes3 (Inserm U988) ont été sollicités par un collectif inter-Caarud en 2009 pour procéder à une évaluation indépendante d'un nouvel outil de RdR à destination des usagers de crack. Cette recherche-

Le nouveau kit base est composé de :

- 1 tube en pyrex
- 2 embouts
- 1 filtre alimentaire en inox
- 3 tampons alcoolisés
- 2 dosettes de crème cicatrisante
- 1 préservatif
- 1 dosette de gel lubrifiant

Deux autres outils sont également distribués en complément du kit

- 1 petite lame jaune
- 1 baguette en bois (permettant de positionner le filtre)



action a été soutenue scientifiquement et financée par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS).

## Enquête épidémiologique et distribution d'un nouvel outil

La recherche-action s'est donnée comme objectifs de décrire l'état de santé des usagers de crack en France, en particulier leur vulnérabilité spécifique vis-à-vis de la transmission du VIH et du VHC ; de mesurer la diffusion et l'utilisation des outils de RdR actuellement disponibles et de contribuer à l'évaluation d'un nouvel outil de RdR chez les consommateurs de crack fumé. Une enquête épidémiologique de type avant/après a été mise en place à deux reprises en 2010 et 2012 auprès de 350 usagers de crack recrutés sur Paris et Saint-Denis. Ces deux enquêtes épidémiologiques ont été séparées par une intervention de santé publique, qui consistait à distribuer massivement un nouvel outil de RdR spécifique pour le crack par voie fumée, outil sélectionné sur sa capacité à réduire les risques. Le critère de jugement principal de l'enquête était la réduction des lésions liées au crack au niveau de la bouche et des mains des usagers. Ces lésions étaient évaluées par un enquêteur dans le cadre d'une évaluation clinique.

## Précarité sociale et économique des usagers

Les résultats de cette recherche-action mettent en évidence l'importance de la précarité sociale et économique des usagers de crack, plus de la moitié d'entre eux déclarent avoir dormi dans un squat ou dans la rue dans les six derniers mois. Lors de la phase de pré-intervention, en 2010, les pratiques de partage de pipe à crack étaient particulièrement élevées, concernant près des trois quarts des usagers au cours des six derniers mois. Et la prévalence des lésions observées par les enquêteurs atteignait plus de 80% des usagers de crack.

En 2012, 18 mois après la phase de distribution du nouvel outil de RdR, la prévalence des lésions a été divisée par trois, et concerne désormais environ un tiers des usagers de crack.

Cette recherche vient valider l'existence de lésions mains-bouche liées à l'utilisation de pipes à crack en verre et à la manipulation de fils électriques et la capacité de ce nouvel outil de RdR à les diminuer. Les résultats de cette enquête sont à la fois d'ordre scientifique et opérationnel. Visant à évaluer des actions de prévention menées sur le terrain, en collabora-

tion directe avec les acteurs de terrain et les usagers, ce travail a une finalité opérationnelle forte. Il a permis d'évaluer la capacité des outils de RdR existants à induire des comportements de prévention vis-à-vis de la transmission du VIH et du VHC chez les consommateurs de crack par voie fumée. Durant le processus d'évaluation, les phases de mise au point de l'outil et de sa distribution ont été confiées à un comité de pilotage constitué d'associations de RdR.

## Repenser la politique de réduction des risques

Les résultats concluants de cette recherche indiquent que l'outil de RdR pourrait désormais être utilisé dans un cadre qui ne soit plus expérimental. Les décisions politiques récentes ont prévu l'intégration des risques liés à d'autres pratiques que l'injection dans la politique de RdR. Ainsi, dans le cadre de la loi de santé publique de 2004, le décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 propose notamment la « distribution de matériel de prévention » et vise, entre autres, « la prévention de la transmission interhumaine d'agents infectieux et des risques septiques : tampons alcoolisés, flacons d'eau stérile, filtres stériles, cupules stériles, seringues, matériel pour fumer ou inhaler la cocaïne, le crack ou l'héroïne, pansements ». Avec l'évolution des usages de drogues, il est devenu nécessaire de repenser la politique de RdR, en l'adaptant notamment à la population des consommateurs de crack qui ont des expositions à risque spécifiques et intenses.

## Remerciements

*Ce projet a été financé par l'ANRS, la Drassif, l'Inpes, la mairie de Paris et la DDASS 93.*

*En collaboration avec le groupe inter-Caarud Crack (Catherine Pequart et Ysabel Roux [Charonne], Élisabeth Avril et Hervé Lallouf [Gaïa], Arezki Lounis et Carola Arendt [La Terrasse, hôpital Maison Blanche], Lia Cavalcanti et Alberto Torres [Ego], Sébastien Hénot [Aides-Paris], Renaud Delacroix [Aides-93], Sandra Louis et Pierre Poloméni [SOS-DI], Lionel Sayag [Proses]).*

*Équipe de recherche : Marie Jauffret-Roustide, Yann Le Strat, Caroline Semaille en 2010 et 2012.*

*En 2010 : Gaëlle Guibert, Lila Oudaya, Emmanuel Guillais, Luc Quaglia.*

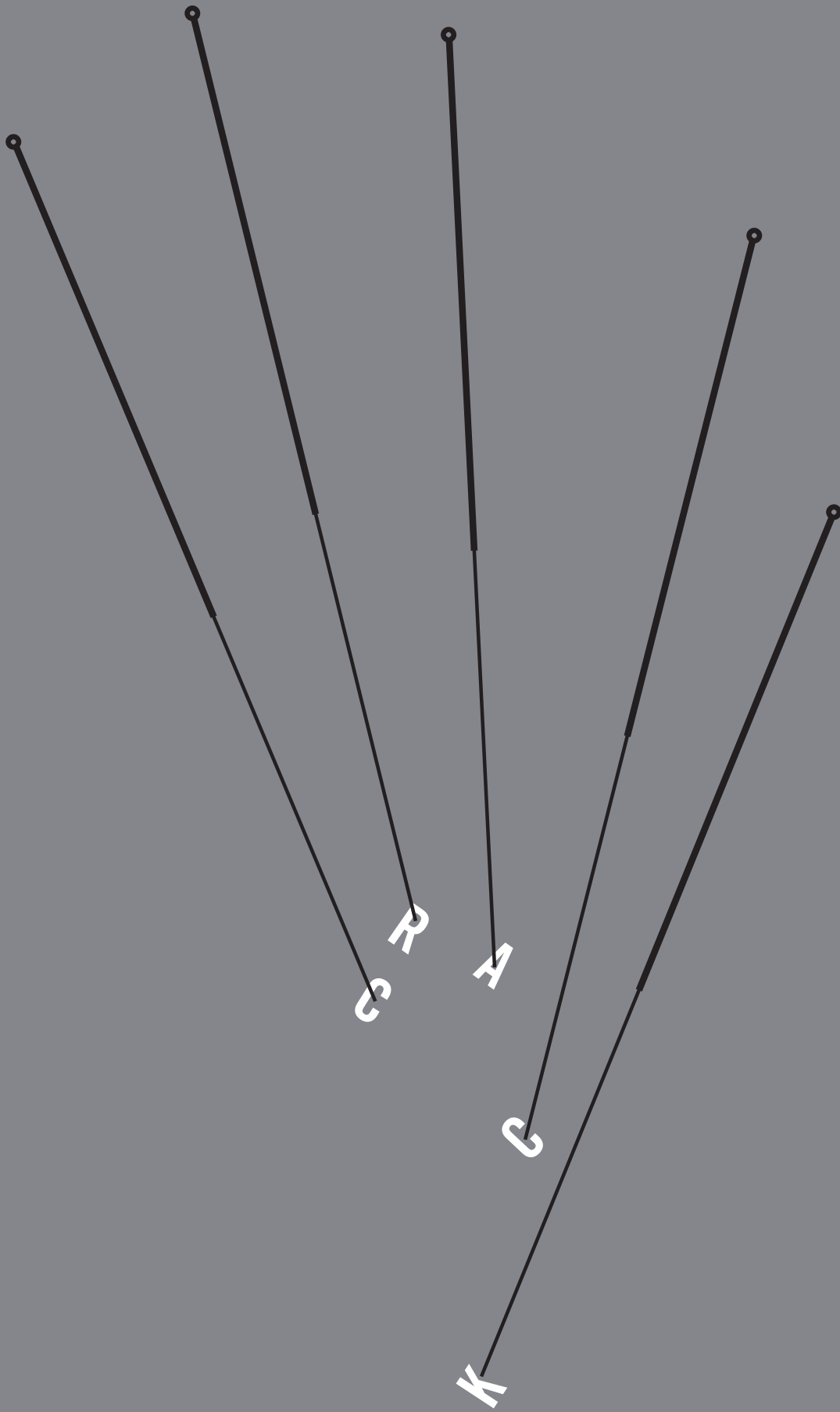
*En 2012 : Thérèse Benoit, Xavier Pascal, Gérald Brodsky, Carole Chauvin, Patrice Dauvergne, Charlotte Guillien, Mireille Lebreton.*

<sup>1</sup> Scheinmann R, Hagan H, Lelutiu-Weinberger C et al. Non-injection drug use and hepatitis C virus: a systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2007;89:1-12

<sup>2</sup> Fischer B, Powis J, Firestone CM, Rudzinski K, Rehm J. Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2008;20:29-32

<sup>3</sup> Faruque S, Edlin BR, McCoy CB et al. Crack cocaine smoking and oral sores in three inner-city neighborhoods. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1996;13:87-92

<sup>4</sup> Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Couturier C et al. A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infect Dis* 2009;9:113





# Un nouvel outil à la disposition des usagers de drogues : l'auriculothérapie

**Ai Anh Vo Tran** / Médecin au Csapa de l'association Gaïa-Paris

*L'auriculothérapie ou protocole NADA (National Acupuncture Detoxification Association) est une technique d'acupuncture mise au point en 1975 dans le Bronx pour aider les usagers de crack à gérer le craving. Après quelques expérimentations individuelles, comme celle du Dr Christine Gaston-Mabillat (Csapa Horizons), elle est introduite par l'association NADA France, fondée par l'équipe de la Fratrie (Csapa de Nanterre), qui assure la formation des équipes désireuses de se lancer dans cette nouvelle approche.*

L'auriculothérapie consiste à poser cinq aiguilles d'acupuncture au niveau de cinq points précis de l'oreille. Les effets attendus sont de diminuer le *craving*, de réduire l'anxiété et d'améliorer le sommeil.

Outre l'entretien préalable qui va poser l'indication de l'auriculothérapie et permettre d'informer l'utilisateur, il s'agit d'une technique non verbale. Une fois les aiguilles posées, elles sont laissées en place entre vingt minutes et une heure, de préférence dans un lieu calme et non passant (mais cette condition n'est pas obligatoire). Il est conseillé de multiplier les séances afin d'obtenir une efficacité optimale.

## À Gaïa

Deux médecins et quatre infirmières ont été formés en 2008. Les infirmières ont une délégation de prescription leur permettant de proposer l'auriculothérapie aux usagers sans consultation médicale, ce qui est particulièrement intéressant dans les unités mobiles Csapa et Caarud où il n'y a pas systématiquement de médecin. Cette méthode progresse lentement à Gaïa, car il n'est pas simple de proposer régulièrement des séances aux usagers en raison de l'exiguïté des locaux, de la forte affluence aussi bien au lieu fixe que dans les unités

mobiles. Le succès de l'auriculothérapie pendant le week-end des Solidays en 2009 relance l'intérêt pour cette technique, qui fera désormais partie intégrante de l'offre de soin de Gaïa.

## Au Caarud

Le camion dispose d'un espace infirmier à l'arrière avec un lit d'examen. Bien que venant souvent dans l'urgence et peu disponibles, certains usagers se montrent très intéressés par l'auriculothérapie. Ils apprécient en particulier de bénéficier d'un lieu et d'un temps pour eux seuls, alors que l'affluence est souvent importante et qu'ils sont dans l'urgence inhérente à leur mode de vie.

## Dans les unités mobiles : Csapa et bus méthadone

L'auriculothérapie est pratiquée uniquement sur les deux sites « plus calmes » de la Porte de la Chapelle et de Nation. Les usagers peuvent s'asseoir sur les deux sièges à l'avant ou sur la banquette de l'espace d'attente, s'il n'y a pas trop de monde. Cela démontre qu'un espace dédié n'est pas indispensable au bon déroulement des séances, même si, bien évidemment, un minimum de calme est important.



Les séances sont appréciées de certains usagers de crack pour diminuer le *craving* ou au moins retarder le moment de la prochaine consommation de crack, mais aussi pour se reposer. Deux personnes ont demandé des séances quasi quotidiennes pendant plusieurs semaines avec des objectifs très précis de gérer leurs envies de consommer. L'une d'entre elles, très motivée, recevait son traitement hebdomadaire au lieu fixe et ne venait au bus que pour l'auriculothérapie.

## Au Csapa Parmentier

Au lieu fixe, l'auriculothérapie est proposée par les soignants. Elle s'inscrit assez naturellement dans le fil de l'entretien en consultation lorsque l'utilisateur est pressé d'arrêter les traitements de substitution aux opiacés (TSO), exprime une peur d'être dépendant aux médicaments alors qu'il souffre d'anxiété ou de trouble du sommeil.

En 2012, nous avons pratiqué environ 150 à 200 séances d'auriculothérapie sur une cinquantaine de patients. Dernièrement, une personne a été orientée par l'équipe du Caarud au lieu fixe pour essayer l'auriculothérapie. Après deux séances, cette dernière a formulé une demande de prise en charge de sa dépendance et a été incluse dans le programme de substitution.

Les intérêts de cette thérapie sont multiples et dépassent les objectifs recherchés. L'effet sur le *craving* existe, mais il est très variable d'une personne à l'autre. De plus, il est souvent difficilement envisageable pour certains usagers d'accepter l'idée de se poser, ne fût-ce que seulement vingt minutes. La diminution du *craving* s'observe surtout lorsque les séances se répètent et que l'utilisateur s'est familiarisé avec cette technique.

Le fait qu'il s'agisse d'une technique non verbale et, de façon plus large, d'une thérapie sans enjeu et sans contrainte, est très apprécié. En effet, il n'y a pas d'obligation à consulter un médecin, à renouveler les séances à intervalles réguliers, même si cela est recommandé. L'utilisateur choisit le moment des séances, leur fréquence, leur durée. Il n'y a pas d'obligation de résultat, pas de lien avec un éventuel traitement de substitution ou l'abstinence.

Les usagers apprécient également la parenthèse que constitue ce temps de détente. Dans les unités mobiles, où la consigne en général est de ne pas stationner, l'auriculothérapie est parfois un prétexte pour rester dormir dans le camion. Nous constatons par ailleurs deux effets particulièrement intéressants. Le premier est que l'auriculothérapie permet à la personne de se recentrer sur elle-même et de se couper pour un temps du monde extérieur, d'être plus attentive à soi. Le second est que l'utilisateur peut atteindre un certain niveau de relaxation, indépendamment de toute prise de produit ou de médicament.

## Les limites du NADA

Si l'auriculothérapie est une thérapie sans contrainte et sans enjeu pour l'utilisateur, elle implique une réelle remise en question de nos pratiques professionnelles. En effet, nous devons gérer un paradoxe : comment intégrer, dans une structure qui fonctionne souvent dans l'urgence (activité intense, grand volume de consultations sans rendez-vous, locaux exigus), une technique qui se rapproche d'un exercice de relaxation ? Cela nécessite qu'il y ait des personnes formées pour répondre aux demandes spontanées. De même, l'implication de toute l'équipe, en particulier des accueillants, est un atout important pour diffuser l'information et répondre aux interrogations des usagers. Au lieu fixe, l'auriculothérapie peut être proposée pendant le temps d'attente, souvent long.

Pour toutes ces raisons, et aussi parce que nous avons affaire à un public très précaire, nous éprouvons des difficultés à instaurer une régularité dans cette offre de soin. De plus, il ne s'agit pas d'un traitement miraculeux. La difficulté à lâcher prise est source d'échec pour certains. Pour d'autres, se recentrer sur soi et se sentir mieux émotionnellement est insupportable et source d'angoisse.

L'auriculothérapie présente un réel intérêt dans les centres qui accueillent des usagers de drogues et vient élargir la diversité des outils proposés, ce qui permet une prise en charge plus adaptée aux besoins et aux craintes des patients. Cette technique leur offre un moment de pause et de relaxation qu'ils choisissent en toute liberté. Ils décident du moment et de la durée. Cette approche est en rupture avec les pratiques habituelles, c'est un espace sans paroles et sans médicaments qui leur permet parfois de se retrouver à leur rythme. Cela pourrait aussi se dire d'autres techniques de relaxation non médicamenteuses, qui, comme l'auriculothérapie, présentent l'avantage de dissocier les ressentis aussi bien physiques que psychiques de la prise de produits ou de traitements psychotropes.

Un autre aspect non négligeable est l'impact sur la relation thérapeutique soignant-soigné.

Sur le soignant, cette technique présente l'avantage de donner l'initiative, aussi bien à l'utilisateur qu'aux professionnels non médecins, en particulier les infirmiers formés à cette pratique. De plus, par le toucher, par les positionnements des corps (à la même hauteur, pas de séparation par une table ou un comptoir), il s'établit une certaine égalité entre les personnes. Le fait d'être dans une thérapie sans contrainte est également extrêmement gratifiant pour les professionnels, et cela n'est pas négligeable dans notre travail de terrain.

De notre expérience, nous pouvons tirer quelques constats cliniques qui mériteraient une évaluation scientifique que nous n'avons pas les moyens de mettre en place actuellement :

- amélioration du sommeil : de nombreux usagers dorment dès les aiguilles posées et disent se sentir tout à fait reposés au réveil ;
- sentiment de détente : c'est l'effet le plus souvent constaté ;
- aide à la gestion du *craving* sur le moment qui se poursuit pendant quelques heures, en particulier chez les consommateurs de crack ;
- libération de la parole chez certains, même si cette technique est non verbale ;
- bénéfices secondaires : possibilité de rester dans le camion, d'être à l'écart, de dormir ;
- les usagers sont généralement satisfaits.

## Conclusion

Nous soutenons l'intérêt d'introduire des techniques de relaxation non médicamenteuses dans la relation théra-

peutique afin de dissocier le soin des produits ; l'auriculothérapie peut être proposée en association avec des techniques de respiration ou d'autres techniques de relaxation. La diversité des outils proposés permet une prise en charge plus adaptée aux besoins et aux craintes des personnes reçues, dans des contextes parfois difficiles et particuliers comme la rue ou des espaces mobiles.

Nous soulignons l'impact de l'auriculothérapie sur la relation soignant-soigné : le contact direct entre les protagonistes, le positionnement « intime » des corps dans l'espace (différent du face-à-face, séparé par un bureau ou un comptoir, le fait de tourner autour de la personne, de l'envelopper), l'absence d'enjeu concernant l'abstinence, de rôle à jouer, l'affirmation du rôle essentiel de l'infirmier(e) dans la relation thérapeutique dans nos espaces de soins, tous ces éléments contribuent à rendre la prise en charge des usagers plus humaine et plus apaisée.

## TÉMOIGNAGE

# La confession de S., 35 ans, dealer de crack à Paris

**Blandine Grosjean** / Rédactrice en chef adjointe de Rue89

*La rue, la violence, l'amour : pendant des années, S. m'a raconté sa vie de dealer de crack. Un jour, il a accepté qu'on publie son récit.*

Quand je lui ai demandé de raconter sa vie sur mon petit enregistreur, j'ai pensé qu'il dirait non. Il a dit oui, et j'ai pensé : il ne viendra pas. Il est venu, régulièrement, et j'ai pensé qu'il m'interdirait de publier son récit. Un jour, il a interdit, mais il s'est ravisé, a même accepté qu'Audrey Cerdan, photographe de Rue89, photographie tout le processus du « kif ».

Il a proposé de photographier lui-même, avec un jetable, les lieux de deal, de consommation, son monde. Tous les appareils ont été perdus, ou jetés : je n'ai plus reçu de nouvelles de S. Puis il a réapparu, avec des photos. C'est arrivé si souvent au cours de ces années. J'apprenais qu'il vivait dans une communauté religieuse en Espagne ; je n'y croyais pas une seconde, et c'était vrai pourtant.

Une autre fois, il était en garde à vue, ou au dépôt, ou en prison. S. était en Norvège, ayant perdu ses papiers ; ou de virée en boîte de nuit avec son ami d'enfance flic, entièrement sapé en Yohji Yamamoto.

Une nuit, il a trouvé refuge chez une amie avocate, chez qui il est entré par effraction, pour se reposer. Il a fait les beaux jours d'un club de foot, etc.

## Une mère forte et aimante

Les métamorphoses de S., 35 ans, sont innombrables. Chaque fois que je l'ai vu, j'ai pensé que c'était peut-être la dernière. Tous les gens qui l'ont croisé, aimé, l'ont perdu un jour, sauf ses parents. Et encore, il ne les a pas embrassés depuis des années.



Il s'est toujours souvenu de mon numéro de téléphone – et de celui de sa mère – alors qu'il a délibérément tout oublié ou abandonné.

Par bribes, les uns et les autres ont su qu'il y avait une mère, donc, forte et aimante, qui l'a élevé seule, dans son pays, et un père, prospère et influent, qui lui a donné son nom et sa nationalité française.

Je devais faire en sorte que ses proches et la police ne le reconnaissent pas. Mais, s'il a accepté de raconter, ce n'est pas pour me faire plaisir, c'est pour attraper, quelque part, pour une fois, des traces de cette histoire.

## Dealer de coke en Italie, puis neuf ans d'abstinence

Il a grandi de l'autre côté de la Méditerranée, écartelé entre deux cultures, deux milieux sociaux. Enfant turbulent, élève brillant, que sa famille paternelle voyait intégrer Polytechnique, ou Centrale. Médecine, au pire. Que dire de lui qui ne l'expose pas ?

Que l'année de son bac, à Londres, il passait plus de temps dans les boîtes de nuit qu'au lycée. Qu'il est devenu père à 18 ans et que son enfant est mort accidentellement avant de savoir parler. Il est alors parti en Italie, s'est retrouvé dealer de cocaïne, sans y toucher pendant des années. Jusqu'au jour où il a consommé du crack, et s'est retrouvé à la rue. Des évangélistes espagnols lui ont parlé de leur Dieu et, sans peine, il est entré dans une vie de foi et d'abstinence totale – alcool, drogue, cigarette, sexe – qui a duré neuf années.

Arrivé à Paris en 2007 pour une histoire d'héritage paternel, il est retourné au crack, et à son métier de dealer. Avec des hauts – de l'argent, un appartement, une femme, des vêtements de marque – et des mois de défonce où tout euro gagné est réinvesti dans la consommation, perdu dans des plans foireux. Quelques saisons clean, puis des rechutes. Nous avons terminé ce travail en janvier 2011. Provisoirement.

Un jour, il a accepté qu'on publie son récit.

### « La première fois que j'ai pris du crack... »

C'est une journée presque comme une autre. J'ai réfléchi avant de dormir. Je me disais : bon, demain, ou bien tu bosses, tu fais ton business à la con, tu es plongé dans ça toute la journée. Ou alors je viens te parler, mais j'en ressors le soir sans sous. J'ai une réalité physique : j'ai besoin de kiffer. Me soigner, ou me droguer. Sans trop réfléchir, je suis venu te voir.

La vie que je mène, c'est une vie qui t'oblige à aller à l'essentiel – mais un essentiel tellement nul, où à la fin tout tourne autour de sous, drogue, sous, drogue... Et, petit à

petit, tout ce qui avait une valeur affective pour toi, tu t'en détaches. Tous ces petits à-côtés qui font la vie, ces liens qui doivent être agréables pour les gens normaux, aller voir ses amis, boire un café, tu t'en détaches.

Le toxico, il a des heures pour aller faire ce qu'il doit faire : chercher du fric, sa conso. Alors, si je me laisse attendrir et que je me retrouve avec un ami jusqu'à 2 ou 3 heures du matin, je me retrouve avec ma réalité en pleine gueule. Putain, il est 3 heures du matin, il faut que je me drogue, comment je vais faire ?

Le crack, ce n'est pas qu'une addiction physique, c'est psychologique. Dès que tu connais le terrain tu y retournes, c'est plus fort que toi. C'est Mad Max, j'ai l'impression que je vis dans trois dimensions, quand les autres vivent à plat. Le problème, c'est après. La descente.

Tu prends soit de l'alcool, soit de l'héro (sous forme de Subutex® le plus souvent) pour redescendre. Ou tu reprends du crack, parce que sans rien tu pètes les plombs.

J'ai commencé à dealer en Italie. J'avais quitté Londres, où je commençais à être repéré par les flics pour plusieurs embrouilles (*escroqueries, violences, ndlr*). J'ai atterri à Turin sans connaître personne.

Quand je suis arrivé, un homme originaire de la ville de ma mère m'a abordé en arabe dialectal, et il m'a désigné un restaurant. J'y suis allé, j'ai expliqué que je venais d'arriver, et le soir je me suis retrouvé dans une chambre d'hôtel avec une vingtaine de petites capsules. C'était de la coke qu'on m'offrait. Ils m'ont dit : « L'hôtel, c'est cadeau. Va dans la rue, fais comme tout le monde. »

C'était leur coup de main. Voilà. Je suis tombé sur Turin et des mecs qui vendaient de la coke. Ça aurait pu être autre chose.

On m'a montré la rue, j'y suis allé et, au bout d'un moment, je me suis retrouvé avec la poche pleine de billets. Donc, le lendemain, quand je me suis réveillé, je suis retourné dans ce restaurant, qui était le lieu, le centre d'affaires quoi, et c'était parti. J'ai vendu pendant trois ans sans jamais consommer.

Le gramme de crack se vend 180 euros. Si tu l'achètes en gros, il te revient à 30 ou 40 euros. Quand je travaille bien, je peux gagner 3 000 euros dans la journée.

La première fois que j'ai pris du crack, je me trouvais au milieu d'usagers dans une église à Turin.

#### La suite sur le site de Rue89

[www.rue89.com/2011/03/12/la-confession-de-s-35-ans-dealer-de-crack-a-paris-194460](http://www.rue89.com/2011/03/12/la-confession-de-s-35-ans-dealer-de-crack-a-paris-194460)

Ou mots-clés : **Témoignage, crack, Rue89**





N° 70

# actu- alités scienti- fiques

**Swaps** réserve un cahier central à la diffusion des connaissances scientifiques en addictologie à partir d'analyses critiques et de résumés d'articles issus de la littérature scientifique internationale.

Ce supplément régulier a été rendu possible grâce au soutien de la Direction générale de la santé.

LA RÉDACTION

## Hépatite C, traitements actuels et futurs

**Christophe Hézode** / Service d'hépatologie,  
hôpital Henri-Mondor, Créteil

*L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) touche 3% de la population mondiale. La mortalité directement liée au VHC est estimée à environ 250 000 à 350 000 personnes par an. La prévention des complications de l'hépatite chronique C (HCC) repose sur le traitement antiviral, soit par la combinaison interféron pégylé alpha (PEG-IFN) et ribavirine (RBV), soit par la trithérapie, PEG-IFN, RBV et l'un des deux inhibiteurs de la protéase de première génération du VHC, télaprévir (TVR) ou bocé-prévir (BOC).*

L'autorisation de mise sur le marché (AMM) du TVR et du BOC, courant 2011 en France, a profondément changé la prise en charge des patients atteints d'HCC de génotype 1. L'association française pour l'étude du foie (AFEF) a publié des recommandations de l'utilisation du BOC et du TVR, administrés en trithérapie chez des patients naïfs mais également chez des prétraités<sup>1</sup>, fondées sur les résultats des différents essais de phase III<sup>2-6</sup>. La disponibilité de la trithérapie ne change pas les indications de traitement au cours de l'HCC mais en modifie radicalement les modalités chez les patients infectés par un génotype 1. Le traitement antiviral doit être discuté chez tous les patients naïfs, à l'exception de ceux ayant une cirrhose décompensée. Il doit être initié sans réserve chez ceux ayant une fibrose avancée (F3-F4) et est indiqué pour les fibroses modérées (F2). En cas de fibrose

absente ou minime (F0-F1), le traitement doit être discutée au cas par cas, en tenant compte des facteurs connus de la progression de la fibrose, comme les symptômes (manifestations extra-hépatiques) et la motivation du patient<sup>1</sup>. Selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), une évaluation par une méthode non invasive de la fibrose est recommandée chaque année chez les patients non traités. Différentes méthodes sont disponibles et validées par la HAS pour l'évaluation de fibrose hépatique: l'élastographie impulsionnelle ultrasonore (FibroScan®) et des scores biologiques composites sanguins (FibroTest®, Fibromètre® et Hépascore®). Ces examens sont remboursés depuis juin 2011 par la Sécurité sociale (JO 19-5-2011). Chez les patients naïfs, le BOC et le TVR associés au PEG-IFN et à la RBV ont montré un taux de réponses virologiques soutenues (RVS) de 66 à 75 % (30 % supérieur à celui observé chez les patients qui recevaient une bithérapie pégylée pendant 48 semaines)<sup>2,3</sup>. Ces essais ont permis également de déterminer que les patients qui pouvaient recevoir une durée courte de traitement, soit 24 et 28 semaines de traitement pour le TVR et le BOC respectivement<sup>2,4</sup> étaient ceux ayant une réponse virologique rapide étendue (eRVR), définie pour le TVR par un ARN indétectable

aux quatrième et douzième semaines de traitement, et par un ARN indétectable aux huitième et vingt-quatrième semaines de traitement pour ceux qui recevaient du BOC. Ce décalage de 4 semaines est lié à l'utilisation d'une phase initiale de bithérapie (PIB) de 4 semaines avec le BOC. Cinquante à 60 % des patients naïfs sont candidats à ces traitements courts associés à une RVS de l'ordre de 90 %<sup>2,4</sup>. En revanche, chez les patients cirrhotiques qui avaient une eRVR, le taux de RVS était de l'ordre de 90 %, mais pour une durée de 48 semaines de traitement, suggérant qu'il n'est pas possible de réduire la durée du traitement chez les patients cirrhotiques traités par trithérapie, même en cas de eRVR<sup>2,4</sup>. Environ 10 % des patients naïfs pourraient continuer à être traités par bithérapie pégylée. Les patients au génotype CC pour l'IL28B ont une probabilité de l'ordre de 30 % d'atteindre une RVR associée à un taux de RVS de l'ordre de 90 %. Ainsi, il n'existe pas de gain thérapeutique associé à la trithérapie chez ces patients. En revanche, les patients non-CC ont une probabilité d'obtenir une RVR faible (de l'ordre de 5 %), l'immense majorité devant recevoir une trithé-

rapie pour obtenir une guérison optimale. Ainsi, chez des patients naïfs, avec des facteurs prédictifs de bonne réponse (génotype CC de l'IL28B et score de fibrose inférieur à F3) le traitement antiviral pourrait commencer par une PIB, suivie d'une bithérapie simple en cas de RVR, l'inhibiteur de la protéase étant ajouté, en l'absence de RVR. La possibilité de traiter uniquement avec une bithérapie pégylée ne concerne que 10 % environ des patients naïfs infectés par un génotype 1. Par ailleurs, dans cette même population, à partir d'une analyse rétrospective réalisée chez les patients inclus dans l'essai Prove2, il a été montré que le traitement avec 12 semaines de trithérapie associant PEG-IFN, RBV et TVR était possible. Un essai thérapeutique dont le but est d'évaluer l'efficacité de 12 semaines de trithérapie (TVR) par rapport à celle de 24 semaines de traitement chez des naïfs ou des rechuteurs (génotype CC pour l'IL28B, sans cirrhose) est en cours. Chez les patients avec de mauvais facteurs de réponse (génotype non-CC de l'IL28B ou ayant une fibrose avancée), la trithérapie est le traitement de choix en première intention<sup>1</sup>.

Chez les patients prétraités, les essais de phase III ont montré que la réponse au traitement antérieur était l'un des facteurs qui jouait un rôle important sur l'efficacité de la trithérapie. Ainsi, son succès serait fondé sur l'efficacité de la combinaison PEG-IFN, RBV. En effet, chez les patients rechuteurs, les taux de RVS étaient élevés, de 75 à 85 % pour une durée de 48 semaines<sup>5,6</sup>. Ces taux élevés étaient observés quelle que soit la sévérité de la fibrose suggérant que les rechuteurs étaient les meilleurs candidats à la trithérapie. L'indication de la trithérapie chez ces patients doit être rapide pour les fibroses avancées (F3-F4), indiquée pour les fibroses modérées (F2) et discutée au cas par cas chez les patients ayant une fibrose absente ou minime (F0-F1)<sup>1</sup>. Chez les répondeurs partiels, les taux de RVS étaient inférieurs à ceux observés chez les rechuteurs, mais un gain thérapeutique significatif était observé avec la trithérapie associée à des taux de RVS compris entre 40 et 59 %, les taux les plus élevés étant obtenus pour une durée de traitement de 48 semaines<sup>5,6</sup>. Chez ces patients, la fibrose était un facteur de réponse au traitement, le taux de RVS passant de 72 % pour les F0-F1 à 34 % chez les F4 (TVR)<sup>6</sup>. La trithérapie est à commencer rapidement chez les répondeurs partiels ayant une fibrose avancée (F3-F4) alors que le traitement doit être discuté au cas par cas chez les patients ayant une fibrose absente ou modérée (F0-F2)<sup>1</sup>. Chez les répondeurs nuls, le taux de RVS pour 48 semaines de traitement était plus modeste (de l'ordre de 35 %) et la cirrhose était également un facteur de

<sup>1</sup> Leroy V, Serfaty L, Bourlière M et al. Protease inhibitor-based triple therapy in chronic hepatitis C. Guidelines by the French association for the study of the liver. *Liver International* 2012

<sup>2</sup> Poordad F, McCone J Jr, Bacon BR et al. Boceprevir for untreated chronic HCV genotype 1 infection. *N Engl J Med* 2011;364:1195-206

<sup>3</sup> Jacobson IM, McHutchison JG, Dusheiko G et al. Telaprevir for previously untreated chronic hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 2011;364:2405-16

<sup>4</sup> Sherman KE, Flamm SL, Ajdhal NH et al. Response-guided telaprevir combination treatment for hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 2011;365:1014-24

<sup>5</sup> Bacon BR, Gordon SC, Lawitz E et al. Boceprevir for previously treated chronic HCV genotype 1 infection. *N Engl J Med* 2011;364:1207-17

<sup>6</sup> Zeuzem S, Andreone P, Pol S et al. Telaprevir for retreatment of HCV infection. *N Engl J Med* 2011;364:2417-28

<sup>7</sup> Cacoub P, Bourlière M, Lübke J et al. Dermatological side effects of hepatitis C and its treatment: patient management in the era of direct-acting antivirals. *J Hepatol* 2012;56:455-63

<sup>8</sup> Hézode C, Dorival C, Zoulim F et al. Safety of telaprevir or boceprevir in combination with peginterferon alpha/ribavirin in cirrhotic non responders. First results of the French early access program (ANRS CO-CUPIC). *J Hepatol* 2012;56 (Suppl.2):S4(abstract)

mauvaise réponse. Les taux de RVS étaient de l'ordre de 40 % pour les F0-F3 et de 14 % en cas de cirrhose (TVR)<sup>6</sup>. Il n'y a pas de donnée de la trithérapie avec le BOC chez des patients ayant une fibrose avancée. La trithérapie n'est donc pas le traitement optimal chez les répondeurs nuls, d'autres stratégies doivent être proposées afin d'améliorer le taux de RVS et de prévenir l'émergence de variants résistants. Cependant, l'utilisation d'une PIB pourrait être intéressante pour sélectionner les répondeurs nuls qui ont des chances significatives d'obtenir une RVS. En effet, un taux de RVS supérieur à 50 % a été montré chez les patients qui restauraient une réponse au PEG-IFN et à la RBV (diminution de la charge virale supérieure à 1 log, après 4 semaines de PIB). En revanche, chez ceux qui ne restauraient pas de réponse au PEG-IFN et à la RBV (décroissance de la charge virale inférieure à 1 log après les 4 semaines de PIB), le taux de RVS était faible, de l'ordre de 15 %. Chez les répondeurs nuls, le traitement est à discuter au cas par cas chez les F0-F2, fondé sur l'évaluation de la balance bénéfique/risque. Chez les patients ayant une fibrose avancée (F3-F4), la trithérapie n'est indiquée qu'en l'absence d'alternative thérapeutique, en particulier d'essais thérapeutiques. Une PIB est utile afin d'évaluer les chances de succès, le TVR n'étant introduit que chez les patients ayant une décroissance de leur charge virale supérieure à 1 log à la quatrième semaine de PIB<sup>1</sup>.

La tolérance de la trithérapie est différente de celle de la bithérapie pégylée. Dans les essais de phase III, la fréquence de l'anémie (Hb < 10 g/l) était de 20 % supérieure au cours de la trithérapie comparée à la bithérapie pégylée pour les deux molécules. Plusieurs études ont évalué l'intérêt de l'introduction de l'érythropoïétine (EPO) ou celui de la diminution de dose de RBV pour la gestion de l'anémie observée au cours de la trithérapie. L'ensemble des études prospectives ou rétrospectives indique que la réduction de la dose de RBV représente la première ligne de gestion de l'anémie au cours de la trithérapie. Le rash cutané est de 20 % plus fréquent au cours de la trithérapie (TVR), incluant quelques cas de formes sévères dont l'existence nécessite une coopération avec un dermatologue référent et l'arrêt immédiat du TVR<sup>7</sup>. Dans la cohorte française CUPIC, qui a inclus des patients ayant une cirrhose prétraitée, la fréquence des effets indésirables sérieux et des complications sévères (décès, infections sévères ou décompensation hépatique) était plus élevée qu'au cours des essais de phase III. Cette différence était liée aux caractéristiques distinctes des patients inclus dans les essais et dans cette cohorte. La présence d'une concentration d'albumine inférieure à

35 g/l et d'une valeur de plaquettes  $\leq$  100 000 était associée à une probabilité importante (environ 45 %) de complication sévère<sup>8</sup>. Ainsi, la trithérapie chez ces patients n'est pas recommandée.

Un autre point important est l'existence d'interactions médicamenteuses associées au TVR et au BOC. Celles-ci nécessitent une vigilance accrue de la part du médecin, des infirmières d'éducation thérapeutique, mais aussi du patient. Le parcours de soins des patients traités par trithérapie implique une collaboration étroite entre les différents intervenants. Il inclut les périodes avant la mise en place, pendant et après le traitement. Le début de la trithérapie doit être discuté et programmé avec le patient, le médecin référent et éventuellement les intervenants sociaux. Pendant le traitement, l'accompagnement du patient par des infirmières d'éducation thérapeutique est primordial, afin d'améliorer son observance, et aussi pour dépister et permettre de prendre en charge ses effets indésirables. Enfin, les interactions médicamenteuses peuvent être évitées grâce au médecin traitant et au pharmacien impliqués dans le parcours de soins.

L'AMM du TVR devrait être modifiée prochainement en raison de la possibilité d'une administration en 2 prises (3 comprimés toutes les 12 heures au lieu de 2 comprimés toutes les 8 heures). En effet, les résultats d'une étude prospective chez des patients naïfs, dont 30 % avaient une fibrose avancée, ont montré des taux de RVS similaires pour les deux rythmes d'administration, quels que soient la sévérité de la fibrose et le génotype de l'IL28B. Ce changement d'administration pourrait améliorer la prise en charge de ces patients.

En résumé, la trithérapie accroît de façon importante l'efficacité du traitement antiviral de l'hépatite C de génotype 1, permettant d'obtenir une guérison chez 35 à 85 % des patients, parfois avec un traitement court de 24 semaines. Cependant, le profil de tolérance est médiocre et la gestion des effets indésirables et des éventuelles interactions médicamenteuses nécessitent une surveillance rapprochée du patient par le médecin et les différents acteurs impliqués dans le parcours de soins.

La caractérisation du cycle cellulaire du VHC a permis d'identifier d'autres cibles que la protéase et de développer d'autres agents antiviraux, comme les inhibiteurs de la polymérase ou les inhibiteurs de NS5A. Chaque molécule doit analyser trois caractéristiques importantes : la puissance antivirale, la barrière génétique à la résistance et le profil de tolérance, celles-ci pouvant varier d'un génotype ou d'un sous-type à l'autre.

D'autres trithérapies pourraient être disponibles prochainement, toujours fondées sur l'administration de PEG-IFN

et de RBV et d'un antiviral direct qui pourrait être, soit un inhibiteur de la protéase de deuxième génération, soit un inhibiteur de la polymérase, soit un inhibiteur de NS5A. L'avantage de ces nouveaux antiviraux directs est une administration plus simple (1 à 2 prises par jour) que celle du BOC ou du TVR (toutes les 8 heures). Par ailleurs, l'anémie et le rash cutané ne sont plus observés avec ces antiviraux. Le taux de RVS devrait être similaire à celui observé avec la trithérapie actuelle, la tolérance meilleure et la durée du traitement raccourcie, jusqu'à 12 semaines pour l'association PEG-IFN, RBV et sofosbuvir.

L'étape suivante sera probablement la possibilité de traiter les patients sans IFN par une combinaison de médicaments oraux avec ou sans RBV. Pour combiner deux antiviraux directs, il est important qu'au moins l'un d'entre eux ait une barrière génétique à la résistance élevée afin de prévenir un échappement virologique qui serait lié à la sélection de variants viraux résistants aux deux molécules. Les essais thérapeutiques en cours évaluent l'efficacité et la tolérance de ces traitements oraux avec des durées courtes de traitement, pouvant aller jusqu'à 12 semaines uniquement. La combinaison de ces antiviraux puissants, sans résistance croisée, associés à un excellent profil de tolérance, aboutira peut-être à de nouvelles stratégies de courte durée, qui pourraient, à terme, éradiquer le VHC sans IFN.

# Nouvelle formation diplômante en Addiction

*Le Conservatoire National des Arts et Métiers (Cnam) propose un nouveau parcours de la licence professionnelle « Intervention sociale, coordonnateur de projets collectifs en insertion » intitulé « Santé, prévention » en partenariat avec la Fédération Addiction. Accessible en cours du soir à Paris, la licence est ouverte à toute personne justifiant d'une expérience professionnelle d'au moins 3 ans dans le domaine de l'insertion (sans condition de diplôme) ou aux titulaires d'un diplôme bac + 2. Les candidats assistant de service social ou éducateur spécialisé bénéficient d'une dispense automatique de 3 unités d'enseignement du tronc commun (1 UE - 40 à 60 heures).*

*Début des cours : octobre 2013*

*Durée : 1 ou 2 ans*

## **Tronc commun (6 UE + 1 UA)**

1. Publics en difficulté et intervention sociale
2. Les dispositifs d'insertion et leurs acteurs
3. Socio-dynamique des organisations
4. Pratiques orales et écrites de la communication professionnelle
5. Accompagnement du projet collectif
6. Anglais
7. Expérience professionnelle ou stage (UA)

## **Parcours santé, prévention, addiction (4 UE)**

1. Fondements et approches de l'addictologie
2. Santé, addiction, dispositifs
3. Prévention des addictions, insertion sociale
4. Conduite de projets collectifs en insertion professionnelle

*Pour tout renseignement*

*<http://intervention-sociale.cnam.fr>*

*Contact*

*[catherine.lemouzy@cnam.fr](mailto:catherine.lemouzy@cnam.fr)*

*[esmerina.qello@cnam.fr](mailto:esmerina.qello@cnam.fr)*



# Modalités du sevrage des consommateurs de crack

**Pierre Poloméni** / Service d'addictologie, hôpitaux universitaires Paris-Seine-Saint-Denis, site René-Muret, Sevrans

**Laurent Karila** / Centre d'enseignement, de recherche et de traitement des addictions, hôpital universitaire Paul-Brousse, AP-HP, université Paris-Sud 11, CEA-Inserm U1000, Villejuif

*Les demandes de soins pour la cocaïne, comme motif principal de consultation, suivent la même trajectoire ascendante que les usages<sup>1</sup>. S'il n'existe actuellement aucun traitement pharmacologique validé pour le sevrage, différentes pistes thérapeutiques prometteuses ont cependant émergé<sup>2</sup>. Les principales cibles thérapeutiques à atteindre dans l'addiction à la cocaïne sont l'euphorie, le craving (envie irrésistible de consommer), les manifestations de sevrage, les troubles cognitifs et une abstinence sur une période continue<sup>3</sup>. Il ne faut pas méconnaître les comorbidités psychiatriques et somatiques dans la prise en charge du patient dépendant.*

*Liens d'intérêts: Pierre Poloméni et Laurent Karila déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts pour la rédaction de cet article. Leurs observations sont issues de leur pratique clinique et de la bibliographie correspondante.*

Nous avons cherché à repérer, pour la population qui consulte ou est hospitalisée dans nos centres (hôpital René-Muret et l'hôpital Paul-Brousse) si l'usage de crack/*free-base* présente des caractéristiques particulières en termes de sevrage. Cette addiction peut s'interrompre selon plusieurs modalités. La plus fréquente est l'arrêt spontané, le plus souvent lié à une non-disponibilité du produit ou à un manque de ressources. Parfois, le sevrage thérapeutique est négocié en ambulatoire et accompagné par un médecin, une équipe de Caarud ou de Csapa. Enfin, dans certains cas, les services hospitaliers assurant des sevrages thérapeutiques complexes accueillent ces patients pour un temps de sevrage, le plus souvent paramétré à 21 jours.

Nous avons interrogé nos équipes et analysé nos attitudes et prescriptions, avec pour objectif principal de repérer les différences entre un sevrage thérapeutique en chlorhydrate de cocaïne (poudre) et un sevrage thérapeutique en crack/*free-base* (caillou ou galette).

Rappelons que, lors de la prise en charge d'un patient usager de substances psycho-actives, nous devons évaluer les difficultés liées à quatre aspects :

- le produit lui-même ;
- les produits adultérants ;
- le mode d'administration ;
- les caractéristiques individuelles et le mode de vie.

Nous aurons à repérer les différences entre chlorhydrate de cocaïne et crack dans ces différents axes.

## Le produit lui-même

Le sevrage de la cocaïne en tant que tel est équivalent dans ses différentes formes. Les bilans sanguin, cardiologique (électrocardiographie [ECG], échographie cardiaque, etc.), ORL et radiologique sont relativement bien codifiés. Une prise en charge des troubles du sommeil (insomnie, hypersomnie), une évaluation et une prise en charge des troubles cognitifs s'imposent dans tous les cas.

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



<sup>1</sup> Haas C, Karila L, Lowenstein W. Cocaine and crack addiction: a growing public health problem. *Bull Acad Natl Med* 2009;193(4):947-63

<sup>2</sup> Karila L, Reynaud M, Aubin HJ et al. Pharmacological treatments for cocaine dependence: is there something new? *Curr Pharm Des* 2011;17(14):1359-68

<sup>3</sup> Karila L, Reynaud M. Therapeutic approaches to cocaine addiction. *Rev Prat* 2009;59,6:830-4

En termes d'approche pharmacologique du sevrage, aucune thérapeutique n'est validée. Parmi les options possibles, nous citerons par exemple la N-acétylcystéine qui a entraîné une tendance à la réduction du syndrome de sevrage et une réduction du *craving* en cocaïne à des posologies allant de 1 200 à 3 600 mg/j. Ayant très peu d'effets indésirables, il s'agit d'une piste pharmacologique intéressante dans la gestion du syndrome de sevrage<sup>4</sup>. Le modafinil a des propriétés d'activateur glutamatergique qui en font un traitement intéressant pour la dépendance à la cocaïne. Cependant, sa prescription étant limitée à la narcolepsie, il n'est pas possible de le prescrire en France dans ce cadre.

Le disulfirame, antabusé utilisé en dernière ligne dans l'alcoolodépendance, est un inhibiteur de la dopamine bêta hydroxylase qui permet une réduction de la consommation, du *craving*, de la dysphorie, et le maintien de l'abstinence<sup>2</sup>. Le topiramate, agent glutamatergique et GABAergique (habituellement utilisé comme anticonvulsivant et en traitement préventif de la migraine), a également permis une réduction

du *craving* et le maintien de l'abstinence pour la consommation de cocaïne<sup>2</sup>. L'aripirazole serait un candidat pharmacologique potentiel. Un essai ouvert a montré une réduction de l'usage et du *craving* en cocaïne chez un petit nombre de sujets dépendants au crack<sup>5</sup> et à la cocaïne<sup>6</sup>. Une étude en laboratoire a montré que l'aripirazole à la posologie de 15 mg/j augmentait l'auto-administration de cocaïne chez l'homme<sup>7</sup>. À l'heure actuelle, nous ne disposons pas de preuves de l'efficacité de cette molécule. Son effet constaté chez les patients est probablement dû à la prise en compte des pathologies psychiatriques associées (voir plus bas).

Pendant la période de sevrage, l'approche pharmacologique doit être couplée à des entretiens motivationnels.

Enfin, il faut distinguer cette période de sevrage de celle de la prévention de la rechute<sup>8</sup>.

## Les produits adultérants

Le chlorhydrate de cocaïne (poudre) contient de nombreux produits adultérants dont la phénacétine\*, le lévamisole\*\* avec des conséquences cutanées, ORL, systémiques graves<sup>9</sup>. Ces substances ajoutées sont plutôt moins nombreuses pour le crack (dans lequel, au sens strict, surtout s'il est « basé » directement par le consommateur, on retrouve des traces d'ammoniaque et de bicarbonate de soude). Les résidus d'ammoniaque peuvent cependant

entraîner des lésions ORL et pulmonaires incitant à effectuer un bilan spécifique.

## Le mode d'administration

Il est différent entre le crack et le chlorhydrate de cocaïne (même si les deux peuvent s'injecter). La différence au moment du sevrage réside, d'une part, dans l'élaboration autour des rituels (intégrant l'importance de la prise en charge du tabac chez les fumeurs), et, d'autre part, dans la gestion des « pics » de *craving*, plus intenses et précoces chez les « crackeurs ». Des thérapeutiques plus nettement sédatives seront nécessaires. L'oxazépam (Séresta®) 50 mg, par exemple, sera préféré au diazépam (Valium®). Des doses de traitements plus importantes seront souvent nécessaires (pas de rationnel, orientation issue de l'expérience pour l'équipe de l'hôpital René-Muret).

## Les caractéristiques individuelles et le mode de vie

La principale différence, représentant un biais ou un constat prioritaire de notre étude, concerne les profils de patients. Les usagers de cocaïne consultent en externe de façon traditionnelle et organisent un sevrage de rupture dans de bonnes conditions. Les patients usagers réguliers de crack sont plus souvent précaires, avec des pathologies somatiques et psychiatriques associées<sup>10</sup>, et sont souvent amenés par les équipes des Caarud ou des Csapa.

Une typologie du « cracker » du nord-est parisien est ainsi décrite dans l'étude Coquelicot\*\*\*: la proportion de femmes est importante (46 % contre 23 % sur l'ensemble des usagers de drogues [UD]); ils sont marqués par une précarité extrême (81 % sont sans emploi, 85 % sans logement stable, 31 % vivent en squat ou dans la rue); 81 % ont au moins un antécédent d'incarcération. L'état de santé des consommateurs de crack est déplorable. Ils souffrent notamment d'infection par le VHC, de problèmes dentaires et de troubles psychologiques (30 % d'antécédents psychiatriques selon l'étude RECAP, OFDT). Les trois quarts des usagers de crack sont en traitement de substitution aux opiacés (TSO). Les usagers de crack consultant au bus méthadone (rapport d'activité de Médecins du Monde, E. Avril), observant une majorité d'hommes plus importante, déclarent plus souvent la prostitution, le deal et le vol que les autres, trois facteurs significativement associés à la consommation de crack. Un autre facteur associé concerne les violences subies. La polyconsommation est la règle (opiacés – avec ou sans TSO –, alcool, cannabis dont l'effet auto-thérapeutique est retrouvé en clinique<sup>11</sup>, médicaments, etc.).

<sup>4</sup> Les options pharmacologiques actuelles dans la dépendance à la cocaïne par Laurent Karila et Michel Reynaud. Centre référence cocaïne (Certa), hôpital universitaire Paul-Brousse (Villejuif). SWAPS 58

<sup>5</sup> Vorspan F, Bellais L, Keijzer L, Lépine JP. An open-label study of aripiprazole in non-schizophrenic crack-dependent patients. *J Clin Psychopharmacol* 2008;28(5):570-2

<sup>6</sup> Meini M, Moncini M, Cecconi D et al. Aripiprazole and ropinirole treatment for cocaine dependence: evidence from a pilot study. *Curr Pharm Des* 2011;17(14):1376-83

<sup>7</sup> Haney M, Rubin E, Foltin RW. Aripiprazole maintenance increases smoked cocaine self-administration in humans. *Psychopharmacology (Berl)* 2011;216(3):379-87

<sup>8</sup> Vocci FJ, Montoya ID. Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22,3:263-8

<sup>9</sup> Magliocca KR, Coker NA, Parker SR. The head, neck, and systemic manifestations of levamisole-adulterated cocaine use. *J Oral Maxillofac Surg* 2013;71(3):487-92

<sup>10</sup> Delpech B. Dépendance au crack, quelles interventions spécifiques? *Swaps* 2006;44

<sup>11</sup> Labigalini E Jr, Rodrigues LR, Da Silveira DX. Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. *J Psychoactive Drugs* 1999;31(4):451-5

\* Médicament analgésique utilisé entre 1950 et 1980, aujourd'hui supplanté par le paracétamol, beaucoup moins toxique

\*\* Agent vermifuge utilisé en particulier contre certains parasites des volailles et des pores

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

Dans une enquête portant sur les Caarud, on peut estimer qu'environ 8 000 individus suivis en France sont usagers de crack<sup>12</sup>. On retrouve une forte concentration à Paris (71 % d'entre eux). La dernière enquête de ce type, effectuée en 2010, retrouve des chiffres équivalents (23 % des usagers sont consommateurs de crack).

## Conclusion

Le temps de l'accès aux soins, intégrant les aspects sociaux, psychiatriques, médicaux et la polyconsommation, représente un long travail en amont du sevrage et tend à caractériser la prise en charge des usagers de crack.

À l'hôpital, la « gestion » de la précarité prend beaucoup de place : quelle curieuse situation que d'être soudainement, après des mois de rue et de galère, dans cet environnement chaud, apaisé où l'utilisateur échoue, perdu, tendu, désirent pourtant... oscillant entre agressivité et découverte. Sur le plan diagnostique, il faut essayer de comprendre ce qui a précédé ou accompagné la consommation, faisant le lit des diagnostics psychiatriques. La prise en

compte des co-consommations et des TSO pris de façon « atypique » représente une autre part du travail médical. Sur un plan thérapeutique, aucun traitement n'a d'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans cette indication<sup>13</sup>. Le diagnostic et le traitement des problèmes de santé physique (hépatite C, VIH, problèmes cutanés, ORL, dentaires, pulmonaires, cardiologiques, neurologiques) et psychiatriques peuvent impliquer un investissement important de l'équipe soignante.

La prévention de la rechute et la prise en compte de l'addiction au crack passent par la thérapie cognitive et comportementale (TCC) volontiers efficace chez ces patients (donner des outils pour éviter une reprise, faire des choix, etc.), davantage que la psychothérapie traditionnelle, difficile à maintenir face au lourd passé de ces patients et à leurs fuites. Un manuel en langue française, adapté du travail fait par le NIDA, est disponible pour les acteurs de santé<sup>14</sup>. La TCC sert de plate-forme efficace pour les pharmacothérapies utilisées.

Enfin, ces usagers posent à l'hôpital la question de leur intégration dans un groupe de patients, de par leur profil et de par la force de leurs manifestations de *craving*.

<sup>12</sup> ENa Caarud : enquête une semaine donnée en novembre 2006, résultats provisoires sur 4 600 fiches : 14 à 15 % de la population suivie par les Caarud consomment du crack

<sup>13</sup> *Prise en charge des consommateurs de cocaïne. HAS, service des bonnes pratiques professionnelles. Recommandations, février 2010*

<sup>14</sup> Karila L, Reynaud M. *Guide pratique de thérapie cognitive et comportementale dans l'addiction à la cocaïne et aux psychostimulants. Éditions Lavoisier, 2012*

# Estimation du nombre d'usagers de crack en France métropolitaine

Eric Janssen / OFDT

Même si la consommation de crack est rare, le décompte des usagers demeure un objectif de santé publique d'autant plus sensible qu'ils se caractérisent par leur grande précarité et leur mise à l'écart des circuits traditionnels de prise en charge sanitaire. En l'absence de donnée fiable, leur nombre ne peut être estimé que de manière indirecte.

Deux sources sont exploitables à cette fin : le Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP), dispositif d'information continu permettant d'étudier les caractéristiques des patients accueillis dans les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa)<sup>1</sup> ; et le décompte annuel des usagers

actifs de drogues reçus dans des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (Caarud)<sup>2</sup>. Le nombre total d'usagers de crack effectivement vus au travers de ces deux types de structures varie de 8 500 à 11 400 individus en 2008, selon le degré de recoupement considéré des deux sources (on estime à 340 000 le nombre de consommateurs de cocaïne dans l'année [soit 0,9 % des 18-64 ans d'après le Baromètre santé 2010]).

Cependant, les différences d'effectifs constatées entre ces sources laissent supposer l'existence d'une population échappant au décompte. La méthode dite « capture-recapture » peut être utilisée pour cette estimation<sup>3</sup>. Il s'agit d'une modélisation mathématique partant du constat de la présence ou de l'absence des usagers de drogues dans chacune des sources, analysant les recoupements entre sources et extrapolant la population cachée, celle qui n'est vue par aucune des sources. Cette méthode aboutit à une estimation comprise entre 15 400 et 20 000 individus, soit une prévalence de moins de 0,1 % des 15 à 64 ans.

Les données anonymisées provenant de ces deux sources ne permettent pas d'avancer de résultats selon l'âge ou le sexe. Faute de collectes d'information fiables, ces estimations sont indisponibles pour les Antilles-Guyane, où l'usage de crack est pourtant répandu.

<sup>1</sup> Palle C, Vaissade L. *Premiers résultats de l'enquête RECAP. Les personnes prises en charge dans les CSST et les CCA en 2005. Tendances 2007* ; 54 : 6 p.

<sup>2</sup> Chalumeau M. *Les Caarud en 2008. Analyse nationale des rapports d'activité ASA-Caarud. Saint-Denis : OFDT, 2010* : 22 p.

<sup>3</sup> Bishop JMM, Fienberg SC, Holland PW. *Discrete multivariate analysis: theory and applications. New York : Springer, 2007* : 557 p.  
Voir aussi : Pousset M. (Dir.) *Cocaïne, données essentielles. Saint-Denis : OFDT, 2012* : 232 p.

# Consommateurs de crack du Csapa de Pointe-à-Pitre

**Mylène Lima** / Csapa, Pointe-à-Pitre (à partir du rapport d'activités du COREDAF)

Le Csapa résulte de la mise en conformité des anciens CSST. Il a été ouvert au public en 1987 par l'association gestionnaire le COREDAF et est situé sur la zone Grande-Terre de la région Guadeloupe.

Ce centre spécialisé en substances illicites répond aux missions d'information, d'évaluation, d'accompagnement et d'orientation, et ce dans le cadre d'un réseau<sup>1</sup>. Notre file active a doublé en 10 ans : elle passe de 231 usagers à 520 en 2012 avec une constante dans la répartition des substances, à savoir principalement le cannabis et le crack.

L'usage de crack pour une partie de cette population nous interpelle par sa relative bonne tolérance sociale, somatique et psychique. Le consommateur très dépendant, sans domicile fixe et pluri-infecté ne correspond qu'à une petite part de notre patientèle. Est-ce un biais de sélection généré par notre structure ou y a-t-il d'autres hypothèses ? D'autant que plusieurs travaux étayaient cette image du « crackeur » désinséré avec pathologie psychiatrique<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Brouzes F, Brouzes G. *Épidémiologie des consommations des psychotropes. Système de prévention et de soins en addictologie aux Antilles françaises. Alcoolologie et Addictologie* 2012;34(3):239-48

<sup>2</sup> Slama S, Slama R, Ballon N et al. *Toxicomanie et comorbidité psychiatrique à la Martinique : une spécificité, le crack. Le Courrier des Addictions* 2001;3(3):160-1

<sup>3</sup> *Crack à la Martinique. État des lieux (enquête CAME), CIRDD, OSM. Septembre 2008*

Sur les 520 usagers de drogues de notre centre, incluant les personnes accueillies à la « consultation jeunes consommateurs », la majorité d'entre eux sont des consommateurs de cannabis (52 %) et de crack (15 %).

À partir du logiciel gérant notre base de données, le critère de recherche « crack » est accessible en :

- premier produit (80 patients) ;
- produit de prise en charge (77 patients) ;
- autres produits (2 à 5) [23 patients] ;

## Consommateurs de crack en premier produit

Le « premier produit » est identifié comme le responsable des dommages sanitaires.

Les 80 consommateurs de crack en premier produit sont en grande majorité des hommes (92,5 %), les femmes ne représentent que 7,5 %. En ce qui concerne l'âge, 5 % ont entre 18 et 24 ans, 75 % ont plus de 35 ans et 25 % ont 50 ans et plus. Ils sont donc plus âgés que dans la plupart des études réalisées aux Antilles et en métropole, ce qui explique probablement en partie l'intégration du produit. Ils sont célibataires (78 %), chômeurs n'ayant jamais travaillé (70 %) et 37 % ont un niveau scolaire équivalent au premier cycle du secondaire. Dans 46 % des cas, ils bénéficient du revenu de solidarité active (RSA), 55 % ont une couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Notons qu'en Martinique, moins de un patient sur dix a une activité rémunérée continue, mais 60 % touchent des revenus du travail<sup>3</sup>.

Il serait utile de comparer ces données à des populations appariées sur le plan sociodémographique (population générale ou autres produits) pour faire émerger et analyser des différences (place du chômage par exemple). Soixante-dix pour cent d'entre eux occupent un logement

stable, indépendant (ou à titre gratuit dans la famille), 62 % ont une consommation régulière : une fois par jour à une fois par semaine, et 54 % n'ont eu aucun contact avec une structure de soins.

Quant à leur statut juridique, 50 patients sur 80 n'ont pas de problème en cours au moment de la consultation, mais 36 d'entre eux (45 %) ont été incarcérés depuis le début de leur addiction ; 85 % n'ont aucun contentieux civil.

Les infections sexuellement transmissibles (IST) [VIH/VHC/VHB] sont globalement dépistées. Dans la moitié des cas en externe, avec un retour de résultats pour 50 %. Sur les 57,5 % de tests VIH réalisés, 2 sont positifs (4 % soit 2 sur 46). Les tests rapides à orientation diagnostique (Trod) ont été introduits dans certaines structures (espace Saint-Vincent-de-Paul et le dispensaire Beauperthuy à proximité du Csapa).

Les complications médicales somatiques sont peu nombreuses (2 problèmes cardiologiques ou cardiovasculaires). Des comorbidités psychiatriques sont retrouvées chez 7 patients, dont 6 ont été hospitalisés antérieurement, 5 pathologies ont été avérées et classées en 3 troubles psychotiques et 2 troubles anxieux et dépressifs.

Soixante et un pour cent des patients auraient commencé leur consommation entre 25 et 34 ans, ce qui n'est pas le cas des plus de 35 ans. L'ancienneté de la consommation date au moins de 1 an au moment de la consultation. La moitié des patients sont classés dépendants (DSM-IV).

Trente-six pour cent d'entre eux font la demande de soins spontanément. Parmi les consommateurs de crack, 41 % demandent un sevrage. Les motivations à leur arrivée au centre sont souvent en lien avec les conséquences sociales de leur abus ou dépendance (perte des droits sociaux, logement précaire, etc.).

## Consommateurs d'un produit de prise en charge et autres produits

Les chiffres d'un produit de prise en charge (77 patients) sont comparables pour les différents critères. La population de la liste (produits 2 à 5), soit 23 usagers, présente quasiment les mêmes pourcentages que ceux cités précédemment.

Différents travaux montrent la précarité liée au Crack, dans le nord-est parisien par exemple<sup>4</sup>, mais aussi aux Antilles<sup>3</sup>. Lorsque l'on compare avec des données parisiennes, les résultats sont en effet différents : ainsi la précarité est nettement moindre en Guadeloupe, en lien avec le rôle du tissu social et avec un hébergement presque toujours préservé. Par ailleurs, on constate l'existence d'une utilisation davantage maîtrisée du crack. Dans notre Csapa, nous approchons une part de la population cachée, consommatrice de crack avec des représentations du produit, des modalités d'achat et d'usage différentes.

À cette population, consultante, s'ajoutent probablement encore d'autres usagers, non consultants<sup>6</sup>, dont l'insertion est encore meilleure, et connue par des rumeurs ou des consultations de hasard chez un médecin généraliste.

Une des hypothèses serait que le crack a, aux Antilles, la même place que la cocaïne poudre en métropole (avec des consommateurs polymorphes) et, en effet, si le profil du « toxicomane au crack » observé dans l'Hexagone n'est pas superposable à celui de Guadeloupe, il existe de nombreuses similitudes avec les usagers de Martinique<sup>3</sup>.

## Conclusion

Les données issues de notre rapport et l'observation au quotidien de nos consultants, en tenant compte de l'existence des consommateurs non consultants, pourraient ouvrir la voie à des travaux permettant d'explorer la réalité d'une consommation sociale « apaisée » du crack et d'améliorer les modalités thérapeutiques<sup>5</sup>.

## Discussion

Lorsque le crack est utilisé, il s'impose comme premier produit rapidement, voire comme produit unique. Nos patients sont âgés, ont peu de pathologies psychiatriques. Le crack n'est pas le motif principal de consultation dans notre Csapa de Guadeloupe.

<sup>4</sup> Caarud : profils et pratiques des usagers en 2008. Enquête ENa Caarud. Tendances décembre 2010 ; 74, OFDT

<sup>5</sup> Lacoste J, Charles-Nicolas A. Approche thérapeutique actuelle de la cocaïnomanie. *Le Courrier des Addictions* 2006;2(8):67-9

<sup>6</sup> Reynaud-Maurupt C, Hoareau E. Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers « cachés ». *OFDT* décembre 2010

# Mijaos, Phase, deux dispositifs pour des crackers actifs

**François Hervé** / Directeur du pôle « Addictions, Santé-Précarité » de l'association Aurore

**Geneviève Baraton** / Directrice des dispositifs Phase et Mijaos, Association Aurore

*Les usagers de crack ont mauvaise réputation. Dès lors qu'on leur colle cette étiquette, il est encore plus difficile pour eux d'accéder à des dispositifs d'hébergement dont ils devraient pourtant bénéficier. Cette étiquette de « cracker », comme avant elle celle de « toxicomane », recouvre des réalités bien différentes. On y trouve des personnes dont les problématiques personnelles et sociales conjuguent plusieurs facteurs d'exclusion : manque d'appuis, absence de droits, altération de la santé, somatique et mentale, non traitée, etc. Pour répondre au moins partiellement à ces besoins, l'association Aurore a développé deux actions spécifiques : l'une appuyée sur un dispositif existant, Mijaos<sup>1</sup>, l'autre, Phase<sup>2</sup>, développée en partenariat avec le Csapa La Terrasse, leur point commun étant l'hébergement d'usagers de drogues actifs, en particulier ceux fréquentant le nord-est parisien.*

Mijaos est depuis plus de 20 ans un lieu d'accueil pour des personnes en situation de très grande précarité, cumulant des problèmes de santé chroniques tels que VIH, VHC, VHB, cancer, ou addiction non stabilisée. Ce dispositif propose avant tout un accompagnement global « ambulatoire » médical, psychologique et social porté par une petite équipe pluridisciplinaire. L'essentiel de l'activité est centré sur l'observance thérapeutique. S'il est avant tout ambulatoire, ce dispositif bénéficie de financements spécifiques (Sidaction, Direction générale de la cohésion sociale [DGCS], etc.) afin de soutenir la stabilisation sociale par un hébergement transitoire.

Phase est né du besoin des professionnels du Csapa/Caarud La Terrasse/Boréal de pouvoir proposer un hébergement à des usagers actifs touchés par le VHC dont les soins et l'observance des traitements nécessitent une stabilisation. Aurore met en œuvre un hébergement dans un petit immeuble mis à disposition par la ville de Paris. Le lieu est animé par un maître de maison logeant sur place, les résidents occupant 4 grands appartements partagés.

L'équipe éducative d'Aurore et celle paramédicale de La Terrasse assurent une présence quotidienne.

Des rencontres collectives, repas, réunions sont organisées régulièrement, sans obligation de participation.

Sur ces deux dispositifs, l'accompagnement est personnalisé et s'élabore au plus près des attentes, des besoins et des possibilités de chaque personne, en prenant en considération le contexte, avec ce qu'il recèle de possibles et d'impossibles.

## Quelques principes président à ces actions

Tout d'abord, il s'agit de viser une amélioration de la situation sociale des personnes, considérant qu'une situation sociale dégradée, en particulier l'absence de sécurité quant au logement, les maintient dans un sentiment d'indignité, fait obstacle au soin, au développement ou au maintien d'une estime de soi suffisante pour avoir envie de s'inscrire dans un projet, fut-il pour l'heure suivante.

Pour accueillir, nous nous appuyons sur la notion « d'hospitalité », en s'assurant que la personne accueillie apprécie et supporte l'hospitalité proposée. Il nous semble de surcroît important de disjoindre cette « hospitalité » de toute condition d'avancée des soins et des démarches administratives, afin de permettre à chacun de « prendre place » dans un espace intime et dans des relations aux autres sans la pression de devoir répondre à des attentes « normalisantes ».

<sup>1</sup> Milieu de jour d'accompagnement et d'orientation santé

<sup>2</sup> Pour un hébergement et un accès aux soins ensemble

Pour cela, il s'agit de se rendre disponible à la relation, de s'adresser aux personnes avec égard, de garantir une permanence du lien, plutôt que d'imposer un trajet. Cela nécessite de prendre en compte l'expérience du rejet, de la peur des autres, de la « violence » générée par la lutte pour survivre. En conséquence, nous proposons, autant que possible, un accueil ouvert, une considération, une distance physique respectueuse allée à une attention chaleureuse, une prise en compte de la parole, des tensions vécues, autant d'attitudes fondamentales favorisant la construction d'une relation et l'intégration dans un groupe. Nous différencions aussi les temps d'accompagnement : celui de l'accueil, de la rencontre, du changement de mode de vie, de la confiance à construire, où il importe de ne pas faire intrusion. La personne, « rassurée », substitue progressivement un projet de vie à un projet de survie, elle le fait à son rythme. Enfin, vient le temps de l'orientation, lorsque la personne va consolider avec d'autres une stabilisation à plus long terme. Ces différents temps ne sont pas linéaires, il importe de les redistribuer selon les événements traversés par les personnes, leur capacité du moment à supporter les effets du changement.

Le règlement de fonctionnement est à minima : violence interdite, rencontre recommandée une fois par semaine, accompagnement conseillé, mais non obligatoire.

En 2011, 20 personnes fréquentant la place de Stalingrad à Paris, essentiellement orientées par les Caarud du nord-est parisien, ont été intégrées sur le dispositif d'hébergement d'usagers actifs de Mijaos et, en 2012, 10 personnes usagers actifs touchés par le VHC à Phase. L'évaluation du projet personnalisé est confiée aux équipes des Caarud partenaires, souvent en lien depuis plusieurs années avec les personnes.

À noter qu'aucun incident n'a été observé dans l'occupation des chambres d'hôtel ou dans celle des appartements, dans les relations avec le voisinage, ou avec Mijaos et Phase. Les équipes des Caarud observent, pour la grande majorité des personnes accueillies, une nette stabilisation de leur état de santé général (psychique et somatique), ainsi qu'une modification de leur relation aux autres et du rapport au produit. Toutes les personnes accueillies ont sollicité un accompagnement global, bien que non obligatoire.

### Les parcours de « Rodolphe » à Mijaos et de « Jean » à Phase témoignent de cette nette amélioration

**Rodolphe** vivait dans la rue depuis des années. En raison de sa très grande agressivité, générant par ailleurs des allers-retours répétés en détention, il est devenu insupportable pour différents Caarud pourtant très tolérants. Arrivé à Mijaos après un incident cardiaque grave,

Rodolphe passe quelques semaines très « désorganisées », dormant tantôt à l'hôtel tantôt dans la rue, avant de s'inscrire progressivement dans des rencontres plus régulières, quittant ses comportements dispersés et harcelés. S'appuyant sur son accueil à Mijaos, il engage des démarches visant à bénéficier d'aménagements de peine, et éviter un retour en prison. Il a repris un suivi médical régulier accompagné par l'infirmière et est à présent hors de danger. Il a pu réunir les documents permettant d'ouvrir son droit au séjour qui sera suivi d'un droit à l'allocation adulte handicapé. Il entretient correctement sa chambre, est apprécié par l'hôtelier et ne séjourne plus dans la rue. Il reste cependant fragile du fait d'une « inadaptation » sociale, dont l'amélioration prendra davantage de temps.

**Jean**, venu de Géorgie, vivait dans la rue. Injecteur, cracker, co-infecté, Jean présente de surcroît des troubles difficiles à identifier. Il a commencé ses examens médicaux dans la rue avant d'arriver à Phase où il s'est inscrit pour un traitement VIH, puis VHC. Il est en passe d'ouvrir son droit au séjour, a entrepris des cours de français et engagé des démarches pour un emploi en insertion dès l'obtention de son titre. Ses troubles se sont estompés : rétrospectivement, ils apparaissent liés à l'insécurité de sa très grande précarité due à des traumatismes vécus dans son pays que la vie en appartement, chez soi, est venue apaiser. Il sollicite un accueil en appartement thérapeutique pour consolider ses soins, après un contrôle de ses consommations, il envisage un projet d'abstinence.

Les fins de parcours ne sont donc pas équivalentes : si Jean peut quitter Phase « facilement » pour intégrer un parcours d'insertion « classique », il en va autrement pour Rodolphe, qui nécessitera, pour quelques temps encore, des dispositifs adaptés à un mode de vie et de relation aux autres plus déroutants.

La sortie des dispositifs n'est jamais aisée à préparer, pour certains les années de vie dans la rue, les traumatismes et les échecs successifs freinent la projection d'une vie possible dans un autre lieu. Cette étape reste à construire, tant pour les personnes que pour nous, afin de trouver les lieux adaptés à leurs capacités et à leurs empêchements. Pour d'autres, les blocages administratifs oblitèrent les perspectives d'insertion alors que les avancées sont manifestes. Il faut en tenir compte et aller vers une adaptation des lieux de droit commun à ces particularités pour soutenir une insertion « alternative ».

Dans un souci de prendre soin de l'autre, il convient également de développer des modalités d'accompagnement s'adaptant aux personnes, et d'apprendre à travailler avec des femmes et des hommes qui, parfois, faute d'avoir pu suffisamment s'inscrire dans des interactions humaines positives, ne demandent plus rien à personne.

# Symptômes psychotiques transitoires induits par la cocaïne

**Florence Vorspan** / Csapa Espace Murger, hôpital Fernand-Widal, AP-HP, Paris  
et Neuropsychopharmacologie des addictions, Inserm U705, CNRS UMR 8206 PRES, Sorbonne Paris Cité

*Parmi les effets psychotropes de la cocaïne, certains sont recherchés (le sentiment de toute-puissance, l'accélération psychique, etc.) tandis que d'autres sont considérés comme indésirables (anxiété, idées dépressives survenant dans les descentes et effets psychotiques). Nous avons choisi de nous intéresser aux symptômes psychotiques transitoires (hallucinations, idées délirantes et modifications comportementales) survenant dans les quelques minutes à quelques heures après une consommation de cocaïne.*

Nous avons traduit et utilisé le questionnaire SAPS-CIP (*Scale for Assessment of Positive Symptoms for Cocaine-Induced Psychosis*)<sup>1</sup> pour décrire ces symptômes dans une population de patients cocaïnomanes consultant au Csapa Espace Murger, AP-HP et aux Caarud STEP (Seringue, tampon, eau stérile, préservatifs) et EGO (Espoir Goutte d'Or), tous deux situés dans le quartier de la Chapelle, près de la gare du Nord à Paris. Ce questionnaire évalue les hallucinations (auditives, visuelles, tactiles, olfactives), les idées délirantes (huit thèmes sont évalués, de la persécution au vol de la pensée) et le comportement (hétéro-agressivité, mouvements stéréotypés, modifications du comportement sexuel, rituels autour de la consommation). L'analyse a porté sur 105 sujets.

Nous avons montré que ces symptômes sont très fréquents. Parmi les patients interrogés, 86 % expriment avoir déjà éprouvé au moins l'un de ces symptômes psychotiques après une consommation de cocaïne. Ainsi, 42 % déclaraient avoir déjà eu des hallucinations audi-

tives, 55 % des idées de persécution, 25 % un automatisme mental, 41 % une hétéro-agressivité dans un contexte délirant, 58 % des comportements stéréotypés s'approchant des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) [recherche compulsive de produit, vérification, rituels]. Dans notre échantillon, les scores à ce questionnaire SAPS-CIP étaient significativement plus élevés lorsque les patients étaient :

– dépendants à la cocaïne (plutôt qu'abusifs) ;

– utilisateurs quotidiens (plutôt qu'au rythme de 2 à 3 jours par semaine ou moins) ;  
– injecteurs<sup>2</sup>.

Dans une seconde analyse portant sur 16 patients rencontrés chaque semaine au Csapa et évalués de façon prospective avec ce questionnaire, nous avons montré que le score de symptômes psychotiques diminuait significativement au cours du temps. Ces patients, qui étaient suivis avec un objectif d'abstinence de cocaïne, ont déclaré avoir diminué leur consommation sur cette période. Nous avons pu établir une relation linéaire entre la baisse du score de symptômes psychotiques transitoires et celle de la consommation déclarée de cocaïne, ce qui est un argument de plus pour appuyer l'hypothèse d'une relation dose-effet entre la dose de cocaïne et l'intensité des symptômes psychotiques transitoires<sup>3</sup>.

Cela nous a conduit à proposer d'évaluer systématiquement ces symptômes psychotiques transitoires chez les usagers de cocaïne fréquentant le système de soins. On peut s'appuyer sur ces symptômes très fréquents pour faire évoluer la motivation du patient au sevrage ou, au moins, à la réduction des consommations. On peut également proposer des neuroleptiques à visée symptomatique pour essayer de réduire les dommages qui risquent de survenir du fait de ces symptômes psychotiques, comme les états d'agitation accompagnés d'actes auto- ou hétéro-agressifs. Au minimum, si les patients ne sont pas motivés au sevrage et minimisent ces symptômes, un travail de réduction des risques doit leur être proposé.

<sup>1</sup> Cubells JF, Feinn R, Pearson D et al. Rating the severity and character of transient cocaine-induced delusions and hallucinations with a new instrument, the Scale for Assessment of Positive Symptoms for Cocaine-Induced Psychosis (SAPS-CIP). *Drug Alcohol Depend* 2005;80:23-33

<sup>2</sup> Vorspan F, Brousse G, Bloch V et al. Cocaine-induced psychotic symptoms in French cocaine addicts. *Psychiatry Res* 2012;200(2-3):1074-6

<sup>3</sup> Vorspan F, Bloch V, Brousse G et al. Prospective assessment of transient cocaine-induced psychotic symptoms in clinical setting. *Am J Addictions* 2011;20(6):535-7



# La réduction des risques de demain : consolidée, étendue, intégrée, avancée...

**Catherine Pequart** / Psychiatre, directrice de l'association Charonne

*Comme l'écrivait Pierre Chappart à l'occasion des vœux du Réseau français de réduction des risques, l'année 2013 devrait être celle du renouveau, avec l'expérimentation d'au moins une salle de consommation à moindre risque (SCMR). Au-delà de l'avancée que cette ouverture représente, après un premier cycle de vingt années d'installation et de développement en France, la réduction des risques (RdR) doit prendre un second souffle. Conçue pour le champ des drogues illicites, elle doit évoluer avec la dimension plurielle des addictions : définition et développement d'une RdR en matière de consommation d'alcool ou d'addictions sans produit. Elle doit être généralisée (inégalité d'accès sur le territoire) et adapter ses pratiques à tous les contextes : en milieu rural par exemple, la recherche de l'anonymat et le souci de rester invisible semblent primer, complexifiant l'accès à des ressources locales souvent rares. Enfin, après une RdR admise au titre de la santé publique, des objectifs plus globaux sont à porter concernant l'inscription sociale et la citoyenneté des personnes usagères de substances psycho-actives et/ou rencontrant des problèmes du fait de leurs addictions.*

Les enjeux actuels des usages de « drogues » illicites concernent les nouvelles pratiques de consommations (psychostimulants et nouveaux produits de synthèse [NPS]), la poursuite d'une épidémie par le VHC non contrôlée chez les usagers de drogues non exclusivement par voie injectable, l'absence de déclinaison de la RdR en milieu carcéral et la grande marginalité de certains groupes d'usagers.

L'annonce d'un feu vert pour une salle de consommation sur Paris, dont la pertinence pour les usagers marginalisés a été démontrée au niveau international, amène à plusieurs réflexions. Celles-ci ont été abordées dans le cadre d'un séminaire organisé le 11 janvier 2013 conjointement par la Fédération Addiction et le Réseau français de réduction des risques dans les locaux du conseil régional d'Île-de-France. Ce séminaire intitulé « Au-delà de l'ouverture de salles de consommation, quels accompagnements des injections et autres consommations ? » visait à ouvrir la réflexion sur les pratiques d'accompagnement des consommations au sein de structures

jusqu-là réputées « sans produits » que sont les Caarud et les Csapa.

La perspective d'une seule salle à Paris peut faire craindre la mise en échec de l'expérience par un effet de saturation et de concentration des usagers. Cela réveille aussi le souvenir des 40 places de méthadone parisiennes entre 1974 et 1990, jusqu'à ce que l'épidémie de sida enclenche, enfin, le développement des traitements de substitution aux opiacés (TSO). Mais à l'inverse des années 1980, c'est presque toute la profession qui est aujourd'hui favorable aux SCMR... Reste à le démontrer dans les faits en soutenant d'autres projets : autres salles dans d'autres villes, autres pratiques que celle limitée à l'accompagnement de l'injection, autres modes d'organisation tels que le développement d'espaces de consommations dans les Caarud, voire la possibilité d'espaces de consommations dans les Csapa...

Jusqu'à présent, les consommations de drogues n'étaient pas autorisées dans les établissements médico-sociaux (Csapa et Caarud), voire aux alentours pour des pro-



blèmes de voisinage. Il en est de même dans les hôpitaux et les Soins de suite et de réadaptation (SSR) où des consommations d'alcool, même lors des permissions de week-end, peuvent venir interrompre le processus de soin. Ces consommations intra-muros existent pourtant, et donnent lieu à des interactions soignants/soignés, peu productives en termes de RdR, et à des exclusions temporaires ou définitives des usagers (par excellence au sein des établissements résidentiels, mais aussi au sein des Caarud). Outre les conséquences délétères du jeu entre gendarme et voleur, entre usagers et équipe, ces interdits génèrent des dommages (consommations cachées, donc hors des mesures de prévention).

En transposant les constats réalisés dans le champ de l'hébergement social, il est possible d'explicitier le paradoxe dans lequel cet accueil les enferme : recevoir les usagers, en accord avec un idéal de santé, être une personne avec une demande non ambiguë d'une prise en charge laissant derrière soi les consommations, puis les sanctionner pour ce qu'elles sont encore logiquement, des usagers actifs tentant avec ambivalence de reprendre le pouvoir sur leur vie.

## Le débat progresse, à la recherche de bonnes pratiques

Des expériences et recherche ont remis en cause ce tabou de la non-consommation au vu et au su des professionnels, avec les programmes ERLI et AERLI... Le débat sur les SCMR s'est ouvert, à partir de l'action du collectif du 19 mai 2009 (journée nationale de lutte contre les hépatites), relayé par l'association « Élus, santé et territoires », des associations, à Paris comme en région, ont fait savoir leur intention de franchir le pas de la première salle de consommation en France... En même temps que le débat progresse, quelques transgressions à la règle de la « non-consommation » ont pu voir le jour, rarement assumées comme une initiative institutionnelle... Ces pratiques balbutiantes ont d'ailleurs du mal à se dire, et donc à se confronter dans la recherche de « bonnes pratiques ».

La réflexion en atelier, lors de ce séminaire du 11 janvier 2013, a permis de jeter les premières bases de ce que pourraient être des espaces de consommation dans des établissements médico-sociaux, même si seules les premières expériences ont été évoquées, illustrant la diffi-

<sup>1</sup> Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique

<sup>2</sup> Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue et modifiant le code de santé publique (Caarud)

culté du sujet. Tout d'abord, leur faisabilité du point de vue légal : les décrets établissant le référentiel national des actions de RdR<sup>1</sup> et les missions des Caarud<sup>2</sup> prévoient la possibilité

d'innover en matière de santé publique en fonction des besoins des usagers... L'accompagnement aux consommations intra-muros

dans les structures médico-sociales pourrait donc s'inscrire dans ce cadre, radicalisant encore un peu plus la caducité de la loi de 1970.

Organiser des espaces de consommations dans un établissement médico-social supposerait :

- un travail en amont de l'ensemble de l'équipe de l'établissement dans la perspective d'une vision commune et partagée du changement de perspective profond d'un « espace sans drogue » à un « espace avec drogues » ;

- une implication des professionnels sur la base du volontariat (tout le monde ne peut pas être témoin, voire partie prenante d'une injection) ;

- une formation des professionnels à l'éducation à la santé, à l'accompagnement des risques liés à l'injection, afin qu'ils puissent parler concrètement des consommations, délivrer des messages pratiques et adaptés sur la technique des gestes, mais aussi en considérant la santé dans sa globalité ;

- des locaux adaptés : lieu dédié (Caarud, unité mobile), conditions d'hygiène pour l'injection, extraction de fumée, s'il s'agit de drogues inhalées (des accompagnements des consommations au domicile des usagers peuvent être envisagés) ;

- un travail avec l'ensemble des usagers de la structure sur l'acceptation du projet ;

- une information et un accord des autorités de tarification et de contrôle devraient être obtenus en amont ;

Au-delà de la participation des usagers de l'établissement au projet d'espace de consommation, l'intervention dans l'accompagnement des consommations devrait s'ancrer sur l'intervention d'usagers pairs, compétents de part leur expérience et formés à l'éducation à la santé et à la RdR. Cette nécessité d'intégrer des usagers-experts avait présidé à la constitution première des équipes des nouvelles structures de RdR dans les années 2000, mais sans avoir pu trouver encore à ce jour une traduction dans la création de nouveaux statuts professionnels, par exemple dans les établissements médico-sociaux que sont les Caarud. Ce serait donc l'occasion de remettre la question de ces nouveaux statuts en chantier... À noter que de tels statuts sont expérimentés actuellement dans le champ de la santé mentale.

À l'heure où les établissements médico-sociaux risquent de sombrer avec leurs usagers dans le « gouffre de la précarité », la question de l'urgence sociale prenant le pas sur la prévention des dommages liés aux consommations, la présence d'usagers pairs et l'effort de formation des nouvelles générations d'intervenants (n'ayant pas le *background* des anciens) permettraient de recentrer les pratiques dans les Caarud sur la RdR. Ce recentrage sur les pratiques de consommation, avec un renforcement

des compétences des intervenants et des usagers eux-mêmes (flyers, livrets pratiques, etc.), contribuerait sans doute à prévenir le risque de *burn out* des équipes des Caarud.

## Conclusion

L'avenir de la RdR repose à la fois sur sa radicalisation, son décloisonnement et son intégration dans l'ensemble des dispositifs rencontrant les personnes vivant avec des addictions. Au-delà des SCMR, de nouveaux progrès sont à réaliser pour l'ensemble de la RdR : l'accompagnement des consommations licites et illicites dans tous les lieux du dispositif (Csapa, y compris résidentiel, et Caarud). Les travaux des séminaires de la Fédération Addiction et du Réseau français de réduction des risques tenteront d'aboutir à des propositions, recommandations, référentiels, guidelines, etc. Comme les TSO, après leurs premiers pas d'adultes dans les années 1990, qui n'ont pas été limités à des dispositifs spécifiques, comme la RdR, qui a été intégrée dans les missions des Csapa, l'accompagnement des consommations doit faire son lit au sein de l'ensemble du dispositif en addictologie en étant en situation d'évaluer le degré d'atteinte de ses objectifs : passer de la diminution des risques sanitaires à l'évolution de l'accompagnement des usagers, de la santé publique au vivre ensemble, à la citoyenneté, etc. La RdR infiltre l'ensemble des dispositifs, dans un continuum depuis la prévention jusqu'aux soins les plus lourds. Sa logique, dans son objectif d'alliance avec les usagers, a une pertinence à toutes les étapes de leurs trajectoire, depuis l'intervention précoce (début des usages problématiques), en passant par les soins qui doivent faire plus

qu'intégrer la RdR comme mission, mais s'appuyer sur elle pour offrir des alternatives aux usagers qui veulent changer leurs comportements de consommation (sans viser l'arrêt absolu). La RdR doit se combiner avec les soins pour définir un accompagnement à la gestion des consommations. Si la philosophie de la RdR doit intégrer tous les espaces du social et du soin (par exemple dans le secteur sanitaire : formation des médecins de ville, diffusion en milieu hospitalier via les Équipes de liaison et de soins en addictologie [ELSA], etc.), elle doit aussi gagner la société civile et être placée au cœur du débat public et politique. Une chance à saisir à travers le débat créé autour de l'accompagnement des SCMR !

# Abonnement

Je souhaite m'abonner gratuitement à la revue *Swaps*

Participation de 10 euros pour frais d'envoi des quatre numéros annuels

À retourner à l'association Pistes, service des maladies infectieuses, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail

# Édito

Directeur de la publication  
Didier Jayle

Rédacteur en chef  
Gilles Pialoux

Secrétaire de rédaction  
Brigitte Hulin

Comité de rédaction  
Florence Arnold-Richez  
Élisabeth Avril  
Philippe Batel  
Mustapha Benslimane  
Vincent Benso  
Catherine Brousselle  
Jean-Pierre Couteron  
Marie Jauffret-Roustide  
Jimmy Kempfer  
France Lert  
Alexandre Marchant  
Isabelle Michot  
Philippe Périn  
Pierre Poloméni  
Brigitte Reboulot  
Antonio Ugidos  
Claudine Vallauri

Gestion  
Amanda Baptista  
Secrétariat, abonnements  
Valérie Berrebi

Réalisation graphique  
Céline Debrenne

Impression : Stipa / 4M

Dépôt légal : à parution  
ISSN : 1277-7870

Commission paritaire : en cours

## SWAPS

Chaire d'addictologie CNAM  
case 216  
2, rue Conté  
75003 Paris

Téléphone : 01 56 01 74 36

Fax : 01 56 01 74 38

swaps@pistes.fr

www.pistes.fr/swaps

Publié par l'association Pistes  
(Promotion de l'information  
scientifique, thérapeutique,  
épidémiologique sur le sida),  
qui édite aussi Transcriptases  
et [www.vih.org](http://www.vih.org)

Avec la participation  
du Crips Île-de-France, du Crips  
Provence - Alpes - Côte d'Azur

Avec le soutien financier de la  
Direction générale de la Santé



et du laboratoire



Quelle que soit son appellation – « caillou », « roxanne », « free base », etc. –, **le crack est devenu un problème de santé publique et de société** qui justifie largement que *Swaps*, dans sa 70<sup>e</sup> livraison, et *vih.org* y consacrent quasiment un numéro spécial. Non seulement parce que l'étude Coquelicot avait démontré que le crack était le premier produit illicite consommé dans le dernier mois (30 % des usagers de drogues), avec une prévalence d'infection à VHC entre 50 et 75 % selon l'article de Marie Jauffret-Roustide (page 6), qui a coordonné ce dossier, et la mise au point sur les traitements du VHC de Christophe Hézode dans notre cahier central « actualités scientifiques », en partenariat avec la Direction générale de la santé (DGS), mais aussi parce que le produit, son usage, la précarité qui l'accompagne, son image aussi, particulièrement péjorative dans la société et même aux seins des usagers de drogues, font bouger les lignes de la réduction des risques (RdR).

On connaît bien les effets du crack, la morbidité induite par son mode de consommation (brûlures, coupures, infections, dont le VHC, etc.) et le produit lui-même, notamment en raison de son éphémère mais spectaculaire action qui contraste avec la profondeur du *craving* incitant le crackeur à rechercher coûte que coûte à recracker. Mais on connaît moins les déterminants sociaux qui sont la base de sa consommation.

Comme l'illustre parfaitement, pour clore ce numéro, la mise au point de Catherine Pequart (page 25), qui souligne combien, au-delà de l'ouverture prochaine des premières salles de consommation à moindre risque (SCMR,) – qui devraient aussi accueillir des crackeurs –, la RdR doit trouver son second souffle, en évoluant face à la dimension mouvante (du crack aux nouvelles drogues de synthèse) et aussi plurielle des addictions, généralisées à l'ensemble du territoire, DOM compris, et en s'intégrant davantage à l'ensemble du dispositif de diminution des risques et d'accompagnement des usagers dans la société. Illustration que d'aucun jugera peut-être dérisoire, de la recherche de nouveaux outils pour tenter d'aider les usagers de drogues à la gestion du *craving*, l'auriculothérapie, développée dans certains centres Caarud et Csapa ou dans de rares unités mobiles (page 9).

Reste que le crack n'est pas seulement un problème d'adaptation des politiques, mais, comme pour les SCMR, celui du regard posé par la société en général et par les riverains en particulier sur les usagers. Comme le relate Alexandre Marchant (page 2) dans son historique du crack, des Caraïbes aux sources communes de la culture « rasta » au quartier parisien de Stalingrad, en passant par les quartiers chauds de Washington DC ou de Miami, avec ses posses où se mêlent guerre des gangs et « panique morale » sur fond de puritanisme républicain, le crack est aussi la drogue de tous les fantasmes.

GILLES PIALOUX, DIDIER JAYLE