LISTE DES ABREVIATIONS

ALAT: Alamine aminotransférase

AMM: Autorisation de mise sur le marché

ASAT: Aspartate aminotransférase

BHD: Buprénorphine haut dosage

BZD: Benzodiazépine

CDI: Consommateur de drogues injectables

CEPIAD: Centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar

CIM 10: Classification internationale des maladies, 10éme révision

CHNU: Centre hospitalier national universitaire de Fann

CNLS: Conseil national de lutte contre le sida

CSST: Centre spécialisé de soins aux toxicomanes

Cyt-P450 : Cytochrome P450

DSM: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

ECG: Électrocardiogramme

EDDP: 2-Ethylidène-1,5-Diméthyl-3,3-Diphénylpyrrolidine

ESTHER: Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau

IST: Infection sexuellement transmissible

NFS: Numération de formule sanguine

OFDT: Observatoire Français des drogues et des toxicomanies

OMS: Organisation mondiale de la santé

ONUDC: Office des Nations Unies contre la drogue et le crime

ONUSIDA: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

PES: Programme d'échange de séringues

SIDA: Syndrome d'immunodéficience acquise

SNC: Système nerveux central

TSO: Traitement de substitution aux opiacés

UDI: Usagers de drogues injectables

VHB: Virus de l'hépatite B

VHC: Virus de l'hépatite C

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

VS: Vitesse de sédimentation

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Dérèglement du système dopaminergique de récompense par les drogues 7
Figure 2: Schéma synthétique du fonctionnement du cerveau « addict » 8
Figure 3 : Flacon de chlorhydrate de méthadone dosé à 10mg/ml 16
Figure 4 : Package prévention et Kit injection 29
Figure 5: Schéma organisationnel du CEPIAD 32
Figure 6 : Répartition des patients selon l'âge.....35
Figure 7: Répartition des patients selon l'activité professionnelle.....36
Figure 8 : Répartition des patients selon la situation matrimoniale 36
Figure 9 : Répartition des patients selon la substance psychoactive consommée 37
Figure 10 : Répartition des patients sous méthadone selon l'âge.....39
Figure 11 : Répartition des patients sous méthadone selon l'activité professionnelle 40
Figure 12 : Répartition des patients sous méthadone selon le statut matrimonial 40
Figure 13 : Répartition selon la dose des patients 41
Figure 14 : Répartition des patients selon le motif de consultation.....42
Figure 15 : Répartition des patients selon la pathologie.....43

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Objectifs recherchés et fonctions des usages concomitants et ou différés de certaines substances psychoactives.....13
Tableau II : Répartition des patients selon la sérologie virale.....38
Tableau III : Répartition des patients sous méthadone selon la sérologie virale 40
Tableau IV : Répartition des patients selon la prise de benzodiazépines avant et après inclusion.....43
Tableau V : Répartition des patients selon la benzodiazépine consommée avant inclusion. 44
Tableau VI : Répartition des patients selon la benzodiazépine consommée après inclusion. 44
Tableau VII : Besoins en médicaments pour les pathologies somatiques.....45
Tableau VIII : Besoins en médicaments pour les pathologies psychiatriques ...47

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 1
PREMIÈRE PARTIE: REVUE DE LA LITTÉRATURE 5
CHAPITRE 1 : GÉNÉRALITES SUR LES ADDICTIONS 6
I- Concept d'addiction 6
1-Définition 6
2-Diagnostic critériologique 6
3- Pharmacologie de l'addiction 6
3-1- Installation de l'addiction 6
3-2- Les circuits de l'addiction 8
II- Modes de consommation de substances psychoactives 9
1- Usages à risque 9
2- L'abus / usage nocif 9
3-La dépendance 9
3-1- Les types de dépendance 10
3-1-1- Dépendance psychique 10
3-1-2- Dépendance physique 10
3-2- Critères de la dépendance 10
III- Classification pharmacologique des drogues 10
1-Les sédatifs ou psycholeptiques 10
2-Les stimulants ou psychoanaleptiques 11
3-Les hallucinogènes ou psychodysleptiques 11
IV- La polyconsommation 12
1-Polyconsommation chez les patients non inclus au programme méthadone 12
2-Polyconsommation chez les patients sous méthadone 14
CHAPITRE 2 : TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS 15
I- La substitution 15
II- La Méthadone 15

1-Présentation.....15
2-Pharmacologie de la méthadone.....16
2-1- Propriétés pharmacodynamiques.....16
2-2- Propriétés Pharmacocinétiques.....17
3- Conditionnement.....18
4- Durée du traitement.....18
5- Indication.....19
6- Surveillance clinique spécifique à la méthadone.....19
6-1- Contrôles urinaires.....19
6-2- Surveillance cardio-vasculaire.....19
7- Interactions médicamenteuses.....20
7-1- Associations contre-indiquées.....20
7-2- Associations déconseillées.....20
CHAPITRE 3 : LES COMORBIDITÉS RETROUVÉES DANS LES ADDICTIONS.....21
I- Comorbidités somatiques.....21
1- Les complications infectieuses.....21
1-1-L'infection à VIH.....21
1-2- L'hépatite C.....22
1-3- L'hépatite B.....23
1-4- Les complications cardio-vasculaires.....23
1-5- Complications ostéo- articulaires.....23
2- Les pathologies pulmonaires.....24
3- Les pathologies dermatologiques.....24
4- Complications dentaires.....24
5- L'état nutritionnel.....25
II- Comorbidités psychiatriques.....25
DEUXIÈME PARTIE.....27
I- Objectifs de l'étude.....28

I-1- Objectif général....28
I-2- Objectifs spécifiques....28
II- Méthodologie....28
II-1-Cadre de l'étude....28
II-1-1- Objectifs du centre....28
II-1-2- Description du centre....29
II-1-3- Fonctionnement du centre....30
II-1-4- Contrat de soin....30
II-1-5- Circuit de prise en charge des patients non inclus au programme méthadone....31
II-1-6- Circuit de prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés par la méthadone....33
II-1-7- Délivrance de la méthadone....33
II-2- Matériels et méthodes....34
II-2-1- Matériels....34
II-2-2-Méthodes....34
III-RESULTATS....35
III-1- Population totale....35
III-1-1-Tranches d'âges....35
III-1-2- Sexe des patients....35
III-1-3- Activité professionnelle....36
III-1-4- Situation matrimoniale....36
III-1-5- Substances psychoactives prises....37
III-1-6- Sérologie virale....37
III-2- Patients sous méthadone....38
III-2-1- Prise de méthadone....38
III-2-2- Age des patients sous méthadone....38
III-2-3- Sexe des patients sous méthadone....39
III-2-4- Activité professionnelle des patients sous méthadone....39

III-2-5- Statut matrimonial des patients sous méthadone 40
III-2-6- Sérologie virale des patients sous méthadone 40
III-2-7- Dose moyenne de méthadone 41
III-2-8- Motif de consultation pour les comorbidités somatiques et psychiatriques.....41
III-2-9- Pathologies retrouvées chez les patients sous méthadone 42
III-2-10- Prise de Benzodiazépines avant et après inclusion au programme méthadone 43
III-3- Besoins en médicaments pour les pathologies somatiques chez les patients suivis au CEPIAD. 45
III-4- Besoins en médicaments pour les pathologies psychiatriques chez les patients suivis au CEPIAD.....47
IV- Discussion.....48
1- Ensemble des patients suivis 48
1-1-Âge 48
1-2- Sexe 49
1-3- Situation matrimoniale 50
1-4- Profession 50
1-5- Sérologies virales 51
1-6- Substances psychoactives prises 52
2- Patients sous méthadone.....53
2-1- Dose de méthadone 53
2-2- Âge 54
2-3- Sexe 54
2-4- Statut matrimonial.....54
2-5- Profession 55
2-6- Sérologies virales 55
2-7- Prise de benzodiazépines.....56
2-8- Pathologies rencontrées.....58

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....60
REFERENCES.....61
ANNEXES

INTRODUCTION

L'usage de substances psychoactives est un fléau des temps modernes. Il n'épargne aucun continent **[89].** En 2007, on estimait à 13,2 millions le nombre de personnes dépendantes aux opiacés dans le monde. Depuis les années 1990, et dans le contexte de l'infection par le VIH, l'accès aux traitements substitutifs des patients dépendants aux opiacés est devenu une priorité des politiques de santé dans le cadre de la « stratégie de réduction des risques » **[123].**

Parmi les usagers, les consommateurs de drogues injectables sont les plus exposés aux risques sanitaires. Ils sont environ 1,8 million en Afrique subsaharienne, dont 221 000 vivant avec le VIH. Au Sénégal 27,7% des usagers ont consommé les drogues injectables à un moment donné **[42].**

La toxicomanie définie comme un comportement de dépendance à l'égard d'une ou de plusieurs substances psychoactives est jugée péjorative et chargée d'à priori négative. Elle réduit l'usager au produit qu'il consomme et est ainsi abandonnée au profit du terme « addiction ». Celui-ci se définit comme une pathologie avec deux caractéristiques : l'impossibilité de contrôler le comportement visant à recourir à une substance donnée, et la poursuite de cette pratique en dépit de la connaissance des dangers potentiels **[46].** L'addiction décrit ainsi le rapport de dépendance plus ou moins aliénant que l'individu établit avec un produit (alcool, tabac, héroïne, cocaïne, cannabis), ou avec des pratiques (Jeux vidéo, exercice physique, travail et sexe) **[121].**

Beaucoup de substances sont susceptibles de générer une dépendance, dont la nicotine, l'héroïne, la cocaïne, la méthamphétamine, l'alcool, l'amphétamine, les benzodiazépines, le cannabis classées par ordre décroissant de leur pouvoir à induire une dépendance **[19].** Selon l'OMS **[87]**, la définition de la dépendance peut être résumée à l'état dans lequel un individu se trouve lorsqu'il a besoin de doses répétées d'une ou plusieurs substances psychoactives (drogues) pour se sentir bien ou pour éviter de se sentir mal. Globalement, trois phénomènes caractérisent la dépendance.

Le premier est l'accoutumance ou tolérance chez les Anglo-Saxons. Elle correspond à la perte d'efficacité du produit nécessitant d'augmenter les doses pour obtenir le même effet. **[78-90],** le second est la dépendance physique (sevrage à l'arrêt brutal de l'opiacé phénomène transitoire) et enfin le troisième est la dépendance psychique (recherche compulsive du produit phénomène rémanent) **[20].**

L'addiction aux opiacés entraîne rapidement un délabrement somatique, un déficit des capacités intellectuelles et émotionnelles et une désinsertion socio familiale. Les consommateurs de drogues sont confrontés aux infections liées à la transmission du VIH et des hépatites virales (VHC, VHB). De même, ils sont exposés aux pathologies somatiques (pulmonaires, infectieux, dermatologique, dentaires, digestifs, cardiovasculaires, nutritionnels etc…) ainsi qu'aux troubles psychiatriques **[64]**.

La prise en charge des patients consommateurs d'opiacés impose une approche multidisciplinaire : somatiques, psychiatriques, psychosocial et addictologique. Un traitement substitutif basé sur l'utilisation de dérivés morphiniques est proposé. Cette approche thérapeutique permet le suivi des patients dépendants de l'héroïne.

C'est dans ce cadre que Dole et Nyswander en 1965 ont proposé l'usage de la méthadone dans le traitement de substitution aux opiacés **[64].** La prise régulière et contrôlée de méthadone supprime l'appétence pour les opiacés (héroïne en particulier), diminue ou supprime, selon les doses prescrites, leur effet euphorisant, supprime les effets du manque et a un effet antidépresseur (diminution de l'humeur dépressive) **[119].** Le programme de traitement de substitution aux opiacés s'inscrit dans le cadre du dispositif de réduction des risques infectieux liés à l'usage de drogues injectables.

Le référentiel du traitement de substitution aux opiacés par la méthadone a été élaboré au Sénégal en Novembre 2014 à la suite des missions consécutives d'experts et après consultation élargie sur le terrain **[18].**

C'est dans ce cadre que nous inscrivons notre travail dont les objectifs sont d'évaluer l'aspect clinique et la prise en charge des patients suivis au centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (CEPIAD).

PREMIÈRE PARTIE: REVUE DE LA LITTÉRATURE

CHAPITRE 1 : GÉNÉRALITES SUR LES ADDICTIONS

I- Concept d'addiction

1-Définition

L'addiction se définit par « l'impossibilité répétée pour un sujet de contrôler un comportement qui vise à produire un plaisir ou écarter une sensation de malaise interne et qui est poursuivi en dépit de ses conséquences négatives » **[50]**

2-Diagnostic critériologique

En se basant sur les travaux de Peele **[92]**, Goodman **[50]** a proposé dans une perspective cognitivo-comportementale un diagnostic critériologique.

[Annexe1]

L'addiction se caractérise par :

- l'impossibilité répétée de contrôler un comportement ;
- la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

Ainsi, il apparaît que l'addiction ne découle pas seulement de la rencontre d'une personne avec un produit, mais de l'utilisation qu'en fait le sujet d'où l'importance d'une distinction entre : usage, abus/usage nocif et dépendance. **[99]**

3- Pharmacologie de l'addiction

3-1- Installation de l'addiction

L'addiction est un processus complexe par lequel un comportement peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et soulager un malaise intérieur. Il se caractérise par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit des conséquences négatives significatives (perte de contrôle).

La prise chronique de drogues entraîne une activation anormale et répétée du système dopaminergique mésocorticolimbique. Elle se traduit par une hyperdopaminergie directe, par un mécanisme d'inhibition de la recapture. L'hyperdopaminergie peut être indirecte par une action sur les interneurones et

Rapport-Gratuit.com

sur les récepteurs GABAergiques et opioïdes qui viennent moduler ce fonctionnement du neurone dopaminergique **(figure 1) [102].**

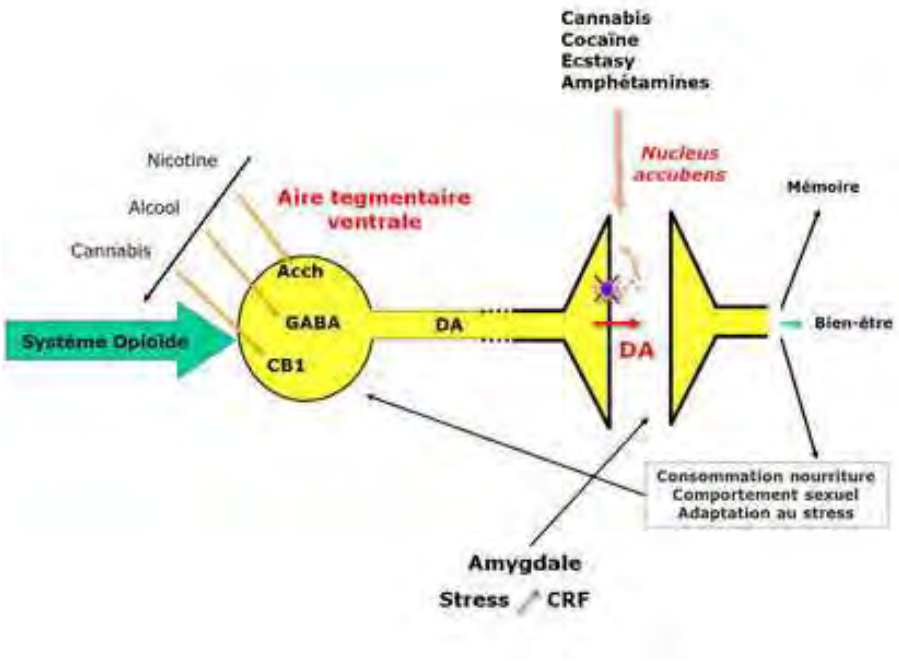


Figure 1: Dérèglement du système dopaminergique de récompense par les drogues

De plus, la réponse à la prise de drogues n'est pas influencée par un phénomène d'habituation à l'opposé des récompenses naturelles. Chaque nouvelle prise de produit entraîne une libération dopaminergique.

C'est cette surstimulation anormale et répétée qui entraînera les processus d'adaptation et la mise en route de ce qu'on appelle les systèmes opposants **[65].**

Les drogues agissent en mimant les neuromédiateurs naturels et forcent les serrures qui modulent les sécrétions dopaminergiques.

Les drogues agissent comme un leurre pharmacologique. Ces systèmes sont particulièrement présents au niveau des aires de gestion du plaisir et de la souffrance, du bien-être et du mal-être, de l'approche et de l'évitement **[96].**

3-2- Les circuits de l'addiction

Volkow **[122]**, en 2004, a individualisé quatre circuits **(*Cf.* figure 2)**

• Le circuit de la récompense

• Le circuit de la motivation

• Les voies de la mémoire

• Le contrôle cortical et intellectuel.

Selon ses travaux, en situation normale, ces quatre circuits interagissent. L'équilibre entre ces quatre circuits aboutit aux actions adaptées à notre situation émotionnelle ou de besoin.

En cas d'addiction, on assiste à un renforcement du circuit de la motivation et de la récompense associée à un envahissement des voies de la mémoire. Parallèlement, il y a une déconnexion partielle du contrôle inhibiteur exercé au niveau du cortex préfrontal. Le cerveau devient hypersensibilisé à la drogue et aux stimuli environnementaux qui lui sont associés **[108].**

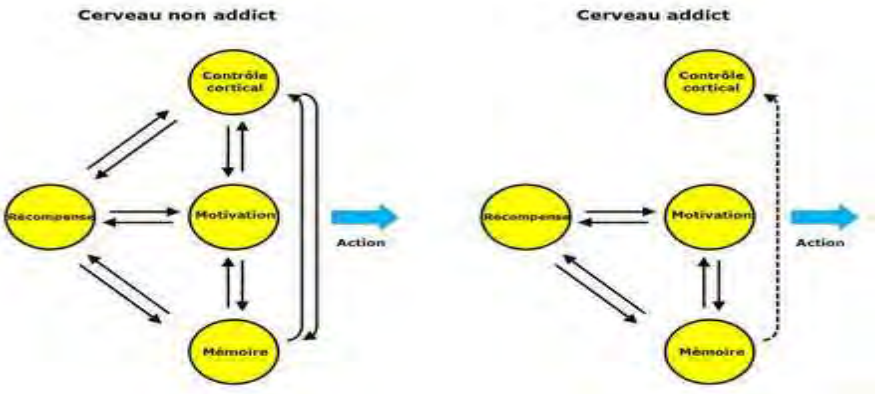


Figure 2: Schéma synthétique du fonctionnement du cerveau « addict » **[108]**

II- Modes de consommation de substances psychoactives

1- Usages à risque

Dans certaines circonstances, une consommation est susceptible d'entraîner des dommages. On parle d'usage à risque. Le risque peut se rapporter à une situation (risque situationnel), par exemple la conduite d'un véhicule en état d'ivresse. Le risque peut aussi être lié à la quantité de produit consommé (risque quantitatif). Il est important de préciser les caractéristiques de ces usages à risque qui font le lit de l'abus (usage nocif) et de la dépendance **[117].**

2- L'abus / usage nocif

L'abus, selon le DSM-IV **[2]** ou l'usage nocif dans la CIM-10 **[27]**, se base surtout sur l'existence de complications somatiques ou psychiatriques et des dommages sociaux, familiaux ou juridiques. Lorsque que ceux-ci sont secondaires à la consommation d'un produit on parle de troubles liés à la consommation de substance. Toutefois, cette approche permet de proposer une véritable réponse sanitaire d'aide à la gestion de ces comportements nocifs **[8].**

3-La dépendance

Elle vient du latin « dependere » qui signifie « lié à ». Elle s'est progressivement substituée à la notion de toxicomanie.

Par ailleurs le code de santé publique définit dans son article R 5132-97 la pharmacodépendance comme «un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques d'intensité variable, dans lesquels l'utilisation d'une ou plusieurs substances psychoactives devient hautement prioritaire. Les caractéristiques essentielles sont le désir obsessionnel de se procurer et de prendre la ou les substances en cause et leur recherche permanente. L'état de dépendance peut aboutir à l'auto administration de ces substances à des doses produisant des modifications physiques ou comportementales qui constituent des problèmes de santé publique » **[58].**

3-1- Les types de dépendance

3-1-1- Dépendance psychique

Elle se traduit par l'apparition de symptômes psychologiques lors de l'arrêt ou la réduction abrupte de la consommation d'une substance psychoactive. Ceux-ci sont caractérisés par une préoccupation émotionnelle et cognitive liée aux effets du psychotrope et par un désir obsédant et persistant de reprendre de nouveau la substance « le craving ». La dépendance psychique peut être à l'origine de rechute même après plusieurs années d'abstinence **[3].**

3-1-2- Dépendance physique

Elle se caractérise par l'existence d'un syndrome de sevrage marqué par l'apparition de manifestations physiques ou symptômes de manque, et par l'existence d'une tolérance qui se traduit par une augmentation progressive de la consommation quotidienne **[110].**

3-2- Critères de la dépendance

Dans le DSM-IV **[annexe 2]**, comme dans la CIM-10 **[annexe 3]**, les critères diagnostiques de la dépendance communs à l'ensemble des substances psychoactives n'impliquent pas la présence nécessaire ou suffisante des items de sevrage et de tolérance, c'est le mode d'utilisation compulsif de la substance qui caractérise désormais la dépendance. Dans cette perspective, la dépendance ne concerne pas tant le produit, mais le sujet et elle ne peut être expliquée que par le seul potentiel pharmacologique d'une substance **[104].**

III- Classification pharmacologique des drogues

Une drogue (ou substance psychoactive) est un composé naturel ou synthétique, utilisé par une personne en vue de modifier son état de conscience ou d'améliorer ses performances **[82].**

1-Les sédatifs ou psycholeptiques

Dans ce groupe on trouve les opiacés : la morphine, l'opium, la codéine, l'héroïne, ainsi que des substances synthétiques telles que la méthadone. On y trouve aussi l'alcool et les benzodiazépines.

Ces substances agissent de manière différente, mais toutes ont plus ou moins pour effet de diminuer l'activité du système nerveux. Elles provoquent la somnolence et rendent difficile l'activité respiratoire. Elles entraînent une sensation de détente et de rêve ainsi qu'une perte de l'inhibition **[38]. [Annexe 4]**

L'arrêt de la consommation de ces substances chez un patient dépendant de la drogue se manifeste par les pupilles dilatées, l'augmentation de la fréquence respiratoire et du rythme cardiaque. Il se manifeste également par une transpiration excessive, une augmentation de la tension artérielle, une rhinite, des bâillements, des coliques gastro-intestinales, des douleurs dans tout le corps et dans les articulations, de la diarrhée, des nausées, et des vomissements **[84].**

2-Les stimulants ou psychoanaleptiques

Des substances, telles que la cocaïne, l'amphétamine, le tabac, appartiennent à ce groupe. Ces substances provoquent une augmentation de l'activité du système nerveux, qui se traduit par une hypersensibilité et une hyperexcitabilité. Ils favorisent temporairement un état d'éveil et d'excitation et réduisent également la fatigue. Ils induisent un faux sentiment d'assurance et de contrôle de soi. Ces effets sont souvent suivis d'épuisement, d'anxiété et de dépression.

Des doses de stimulants élevées et l'abus prolongé entraînent une dilatation des pupilles, une augmentation de la fréquence du pouls et de la température, une pâleur et une sécheresse de la peau. En cas de manque apparaissent une forte somnolence, un appétit accru, une forte excitabilité **[57].**

3-Les hallucinogènes ou psychodysleptiques

Ce sont des substances telles que le cannabis, les solvants. Ces substances perturbent la perception de l'environnement et de la réalité. Elles altèrent aussi la perception du temps et de l'espace. De plus, la sensibilité aux couleurs et aux sons est exacerbée. À long terme, ils peuvent modifier la personnalité du consommateur de façon durable qui appréhende mal la réalité.

Elles ne provoquent pas de dépendance physique, mais la dépendance psychique est très forte. Chez les personnes qui consomment de telles substances, des hallucinations peuvent apparaître **[79].**

IV- La polyconsommation

1-Polyconsommation chez les patients non inclus au programme méthadone

La polyconsommation se définit par la consommation d'au moins deux substances psychoactives de façon simultanée ou séquentielle.

Cependant, elle englobe des conduites variées d'associations de produits pouvant générer des conséquences diverses qualitativement et quantitativement. La consommation d'alcool aggrave le danger de la polyconsommation de drogues en augmentant les risques de surdose potentiellement mortelle en cas d'utilisation avec des benzodiazépines ou des opiacés. Elle augmente aussi les risques de mort subite en cas d'utilisation avec de la cocaïne **[111].**

Les usagers de drogues ont souvent recours aux hypnotiques. Malgré la prescription obligatoire des benzodiazépines, ils sont souvent utilisés par les usagers de drogues pour atténuer les symptômes de manque ou pour réduire leur anxiété. Pour les plus précaires, les effets recherchés visent souvent à lever les inhibitions pour faire face aux conditions de vie éprouvantes du monde de la rue **[73].**

Le consommateur de drogues recourt à ce type d'association pour amplifier les effets agréables recherchés, mais il arrive aussi qu'il fasse appel à d'autres combinaisons pour diminuer les effets désagréables ressentis. Si certaines substances sont mélangées afin de neutraliser ou minimiser les effets nocifs d'autres produits, un autre objectif est son désir d'expérimenter des états différents **[49].**

La polyconsommation peut répondre à plusieurs logiques :

- Une gestion de manque: en situation de manque, l'usager utilise d'autres produits.

- Un besoin de défonce ; l'effet recherché est d'arrêter des processus de mentalisation.

- S'inscrire dans un style de vie et pour cela un usage d'autres substances psychoactives est revendiqué pour le plaisir.

Le Tableau suivant résume les quatre grands types d'effets pouvant être recherchés par les usagers de drogues lorsqu'ils adaptent leur polyconsommation. Il est composé de : la maximalisation des effets, leur équilibrage, le contrôle des effets négatifs ou leur remplacement **[1].**

Tableau I : Objectifs recherchés et fonctions des usages concomitants et ou différés de certaines substances psychoactives **[1].**

Fonctions	**Objectifs recherchés**	**Substances psychoactives consommées**
Maximalisation des effets	Potentialisation des effets	alcool + opiacés ou Benzodiazépines (BZD) + opiacés
Equilibrage des effets	Neutralisation des effets	cocaïne + alcool ou cocaïne + hallucinogènes
Contrôle des effets négatifs	Atténuation d'une forte montée	BZD ou opiacés ou cannabis + stimulants ou hallucinogènes
	Adoucissement de la descente	BZD+ opiacés+ cannabis
"Rechange"	Gestion de la pénurie	Codéine ou morphine à la place de l'héroïne ou Codéine + alcool à la place de l'héroïne

[Source : Rapport TREND, mars 2000]

2-Polyconsommation chez les patients sous méthadone

Le nombre de combinaisons de substances psychoactives et les problématiques variées rendent cette question complexe et augmentent la difficulté de prise en charge. L'équipe soignant doit mettre en place des stratégies adaptées, car la polyconsommation génère des problèmes spécifiques: elle peut majorer des risques sanitaires et sociaux, en cela qu'elle est un facteur d'aggravation des conduites de consommation **[75].**

Mais le véritable enjeu est de parvenir à contrôler la dépendance psychique et le craving obligatoirement associé, qui correspond au besoin impérieux de reprendre la drogue et qui conduit à la recherche compulsive et irrépressible de la substance contre la raison et la volonté. Lors de la prise en charge, le médecin doit définir des priorités, puisqu'il est souvent difficile de tout arrêter en même temps.

Chez les patients substitués, les phénomènes d'alcoolisation et la consommation de benzodiazépines sont fréquents et posent des problèmes particuliers. Cette co-dépendance dans des cures à la méthadone demande une évaluation clinique, voire biologique car étant un facteur d'échec des traitements de substitution.

Les benzodiazépines sont utilisées du fait de leurs effets sédatifs pour gérer la descente de produits stimulants, pour compléter un traitement de substitution ou pour renforcer l'effet d'autres produits à la recherche de la «défonce» **[11].**

CHAPITRE 2 : TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS

I- La substitution

L'objectif général de la substitution est la diminution des dommages liés à l'utilisation des opiacés. Il ne se limite pas au sevrage physique de l'héroïne. Il doit permettre une amélioration de l'état de santé des usagers de drogues et favoriser leur insertion sociale **[26].**

À court terme, les médicaments de substitution permettent de supprimer l'état de manque qui peut être douloureux.

À long terme, les traitements de substitution doivent permettre l'accès aux soins médicaux, afin de prendre en charge les comorbidités et dommages induits par la consommation d'héroïne **[17].**

L'arrêt du traitement de substitution ne doit être envisagé que lorsque le patient est stable, afin de minimiser les risques de rechute. Il faut prendre en compte son état de santé physique, psychique, ainsi que son insertion sociale.

Deux molécules ont une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés : le chlorhydrate de méthadone et la Buprénorphine Haut Dosage (BHD). La méthadone est le seul produit utilisé au Sénégal au centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (CEPIAD).

II- La Méthadone

1-Présentation

La méthadone est utilisée pour le traitement substitutif des pharmacodépendances aux opiacés. Elle existe en forme sirop et en forme gélule. La forme sirop dosée à 10mg/ml (flacon de 1000 ml) est utilisée au CEPIAD. Le dosage se fait grâce à une dispensette **(*Cf.* figure 3).**

Figure 3 : Flacon de chlorhydrate de méthadone dosé à 10mg/ml

2-Pharmacologie de la méthadone

2-1- Propriétés pharmacodynamiques

La méthadone est un opiacé de synthèse ayant une action agoniste morphinique qui induit modérément les effets euphoriques de l'héroïne sans générer ses effets dysphoriques et hallucinatoires.

Une dose suffisante empêche l'apparition d'un syndrome de manque et bloque l'effet de l'héroïne consommée parallèlement **[72].**

En prise régulière, l'effet euphorisant de la méthadone est quasi-inexistante et n'entraîne pas de modification de la conscience ou des capacités intellectuelles.

Sa prise unique journalière, compte tenu de sa demi-vie longue (de 24 à 36 heures en moyenne, avec des variations individuelles importantes), est compatible avec une vie sociale et professionnelle normale.

Elle est dépourvue de phénomène de tolérance entraînant une augmentation des posologies au cours d'un traitement durable.

La méthadone agit sur des sites du cerveau, puisqu'elle se fixe sur les récepteurs opiacés et peut induire des effets directement liés à l'occupation des sites récepteurs opiacés **[47].**

2-2- Propriétés Pharmacocinétiques

La méthadone est une molécule hautement liposoluble qui subit une absorption intestinale et peut donc être administrée par voie orale.

Le temps d'élimination étant suffisamment long permet au patient d'ingérer la méthadone une seule fois par jour, à l'inverse d'autres opiacés tels que la morphine et l'héroïne ont une durée d'action plus courte **[54].**

Le mode d'administration permet d'une part d'éviter le recours à l'injection et d'autre part une absorption plus lente au niveau du courant sanguin. Elle est rapidement absorbée par le tube digestif et il en résulte une haute biodisponibilité (entre 79 et 95%) bien qu'il y ait une large variabilité interindividuelle. Le pic de concentration plasmatique est atteint entre 2 et 4 heures après l'administration orale **[115].**

La méthadone est hautement métabolisée par les enzymes du cytochrome P450. Elle y subit une N-déméthylation en son métabolite primaire pharmacologiquement inactif. L'enzyme principale impliquée dans le métabolisme de la méthadone est le Cyt-P450 3A4. Les variations de la régulation fonctionnelle de l'activité de ces enzymes pourraient expliquer en partie la large variabilité de la dose, de la pharmacocinétique, et des résultats thérapeutiques interindividuels des traitements de substitution à la méthadone.

La dose effective de méthadone est donc en relation avec l'activité du Cyt-P450 3A4. Les inhibiteurs des enzymes du CytP450 augmentent les concentrations plasmatiques de méthadone, à l'inverse, les inducteurs du CytP450 diminuent les concentrations plasmatiques de méthadone **[60].**

3- Conditionnement

La méthadone se présente sous forme de sirop en flacons unidoses et depuis avril 2008, il existe une galénique sous forme de gélules **[68].**

Les gélules de méthadone sont réservées aux patients préalablement traités par le sirop de méthadone. La forme sirop reste la forme utilisée lors de l'instauration du traitement. Seuls les patients stabilisés, notamment au plan médical et des conduites addictives, pourront bénéficier d'un passage à la gélule. Dans tous les cas, le passage à la gélule ne pourra se faire qu'à l'issue d'une période d'au moins un an de traitement par le sirop de méthadone **[7].**

4- Durée du traitement

Des études ont démontré que le temps passé en traitement est prédictif d'une bonne évolution de ce dernier. Une réduction significative de la consommation d'héroïne après traitement est seulement observée pour ceux qui ont suivi le traitement pendant plus d'un an. Les découvertes de multiples études indiquent qu'il existe un lien entre la durée du traitement et le changement de comportement incluant l'arrêt de la consommation d'héroïne. Une relation stable et le maintien d'un emploi sont prédictifs d'une bonne issue du traitement. Il est donc recommandé d'encourager le patient à suivre le traitement pendant une période minimale de 12 mois pour lui permettre de concrétiser tous ces changements de vie **[23].**

De plus, la dose de stabilisation n'est pas non plus corrélée au temps nécessaire pour obtenir un sevrage complet d'héroïne. Certains patients reçoivent des doses plus faibles en méthadone parce qu'ils considèrent que plus la dose quotidienne en phase de stabilisation est élevée, plus il leur faudra de temps

pour s'en sevrer en phase de diminution de la dose en vue de l'arrêt du traitement.

Or, le patient qui reçoit une dose faible en méthadone garde plus qu'un autre ce craving, cette appétence latente pour le produit, et risque donc de continuer à consommer de l'héroïne de temps en temps et donc, à mettre beaucoup plus de temps avant d'envisager la fin du traitement à la méthadone **[33].**

5- Indication

La méthadone est indiquée dans le traitement de substitution des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique **[10].**

6- Surveillance clinique spécifique à la méthadone

Une relation de confiance s'installe entre le médecin et son patient pour que ce dernier lui révèle ses consommations parallèles au produit de substitution. La poursuite des injections ou la prise concomitante d'autres produits peut révéler un sous-dosage du produit de substitution ou être la conséquence d'un problème dans la vie de l'usager. Il faut donc envisager dans ce cas une adaptation de la posologie ou avoir recours à un soutien psychologique **[116].**

6-1- Contrôles urinaires

Les dosages urinaires au cours d'un traitement à la méthadone sont obligatoires. La pratique des analyses d'urine permet de déceler à la fois les rechutes éventuelles mais également de doser la présence d'autres substances. Pendant les trois premiers mois de prescription, les analyses urinaires sont pratiquées une à deux fois par semaine. Ensuite, elles sont pratiquées deux fois par mois **[16].**

6-2- Surveillance cardio-vasculaire

Des cas d'allongement de l'intervalle QT et des torsades de pointe ont été rapportés au cours de traitements par la méthadone, principalement pour des posologies élevées (> 120 mg/j).

La méthadone doit être administrée avec prudence, sous surveillance clinique, électrolytique et ECG, aux patients présentant un risque d'allongement de l'intervalle QT **[30].**

7- Interactions médicamenteuses

7-1- Associations contre-indiquées

- Morphiniques : agonistes-antagonistes (nalbuphine, buprénorphine, pentazocine). Ils diminuent l'effet antalgique en bloquant les récepteurs compétitivement avec risque d'apparition d'un syndrome de sevrage.

- Sultopride (neuroleptique retiré du marché en 2006 à cause du syndrome du QT long acquis médicamenteux qu'il provoquait) : il provoque un risque majoré de troubles du rythme ventriculaire et provoque notamment un risque de torsades de pointe **[98].**

7-2- Associations déconseillées

Il est déconseillé d'associer ces médicaments suivants avec la méthadone :

- Anti arythmiques de classe Ia (quinidine), anti arythmique de classe III (amiodarone, sotalol), certains neuroleptiques (amisulpiride, cyamémazine, tiapride, dropéridol, halopéridol, véralipride), certains antiparasitaires (halofantrine, luméfantrine, pentamidine), mais également avec le bépridil, le cisapride, l'érythromycine, la spiramycine, la vincamicine, la mizolastine et la moxifloxacine,
- Consommation d'alcool et de benzodiazépines,
- La naltrexone **[67].**

CHAPITRE 3 : LES COMORBIDITÉS RETROUVÉES DANS LES ADDICTIONS

I- Comorbidités somatiques

Les comorbidités somatiques sont liées à l'utilisation du produit, au mode de vie du sujet, au mode de consommation **[100].**

1- Les complications infectieuses

Les injections non stériles sont à l'origine de complications infectieuses chez les usagers de drogues. Le liquide de dissolution, la flore du patient, ainsi que l'aiguille (qui est utilisée plusieurs fois, voire échangée) sont à l'origine de la contamination **[106].**

Les complications peuvent aller d'une simple trace de piqûre à des abcès disséminés, sclérose veineuse, périphlébite, phlébite, nécrose voire une septicémie, endocardite infectieuse, candidoses disséminées, infections cérébrales, pathologies virales **[101].**

1-1- L'infection à VIH

Les usagers de drogues, en particulier ceux qui pratiquent l'injection, courent le risque de contracter le VIH en partageant leur matériel d'injection ou en ayant des rapports sexuels non protégés.

L'OMS, l'ONUSIDA, l'ONUDC et la Banque mondiale estiment ensemble à 1,7 million le nombre d'usagers de drogues par injection porteurs du VIH **[88].**

Parmi les usagers de drogues recourant à la voie injectable, c'est le partage de matériels d'injection (seringues, aiguilles, petit matériel) qui expose à la contamination par le VIH. La promiscuité sexuelle, l'échange drogue-sexe ou la prostitution peuvent aussi être des facteurs de contamination.

Il existe des méthodes de prévention et de prise en charge du VIH :

- Pour le risque sexuel, l'utilisation de préservatif.
- Pour les risques parentéraux : ne pas partager le matériel d'injection
- Chez les usagers injecteurs, 4 ensembles d'intervention ont été mises en œuvre : les programmes d'échange de seringues, les traitements de substitution aux opiacés (et autres traitements de la dépendance dans le cas de personnes qui s'injectent des drogues non opioïdes), le dépistage du VIH, conseil, et le traitement antirétroviral **[56].**

1-2- L'hépatite C

L'hépatite C est une maladie endémique qui touche entre 130 et 170 millions de personnes, à travers le monde, avec de grandes disparités géographiques **[31].** L'hépatite C est une maladie grave, évoluant fréquemment vers la chronicité. Son dépistage est donc fondamental, notamment parmi les usagers de drogues qui constituent le principal réservoir du virus de l'hépatite C.

L'usage de drogues par voie intraveineuse ou per nasale est devenu le principal mode de transmission du VHC.

Parmi la population d'usagers de drogues, la prévalence des Ac anti-VHC atteint 44 % d'après les résultats de l'enquête Coquelicot menée en 2011**[86].** Une couverture élevée par des programmes combinés de réduction des risques (traitement de substitution aux opiacés) et des programmes d'échange de seringues (PES) peut réduire l'incidence du VHC.

L'hépatite C aiguë est généralement asymptomatique et évolue vers la chronicité dans environ 60 à 80 % des cas. L'évolution vers la cirrhose se fait chez 10 à 20 % des patients atteints d'hépatite C chronique et l'incidence annuelle de survenue d'un carcinome hépatocellulaire chez les patients cirrhotiques est d'environ 1 à 5 % **[59].**

1-3- L'hépatite B

La consommation de drogue par voie injectable est en grande partie responsable des contaminations par le VHB. Parmi les usagers de drogues non injectables, de multiples facteurs ont été évoqués tels que le partage de matériels de consommation de drogues par voie nasale ou encore des pratiques sexuelles à risque (nombre important de partenaires sexuels, relations anales insertives, pratiques favorisant les saignements...)

À l'heure actuelle, seule l'infection par le virus de l'hépatite B peut être prévenue par la vaccination **[107].**

1-4- Les complications cardio-vasculaires

Les complications cardiovasculaires des patients toxicodépendants sont multiples, de nature infectieuse ou liées aux effets toxiques de la drogue consommée. Des endocardites, des thrombophlébites, des troubles du rythme, des infarctus du myocarde, des ruptures de l'aorte, une hypertension artérielle ou une cardiomyopathie ont été décrits. En effet, l'injection provoque l'inflammation des veines, encore appelées veinites. La détérioration progressive des veines des membres supérieurs va entraîner l'usager à utiliser des sites de plus en plus éloignés (jambes, pieds, genoux, nez, langue…). Les contaminants inclus dans les préparations injectées, la souillure du matériel d'injection, le manque d'hygiène corporel des usagers peuvent provoquer des endocardites infectieuses **[97].**

1-5- Complications ostéo- articulaires

Les atteintes ostéo-articulaires, habituellement, font suite à un abcès cutané ou une endocardite. Elles prennent plus souvent la forme de spondylodiscites que d'arthrite septique ou d'ostéomyélites. En cas d'atteintes articulaires, les genoux sont les plus touchés **[24].**

2- Les pathologies pulmonaires

Les usagers de drogues ont une incidence accrue de pneumonies, notamment chez les usagers de drogues séropositifs du VIH. Les consommateurs de drogues seraient plus fréquemment atteints de symptômes de bronchite chronique, notamment toux, expectoration, sifflements bronchiques ainsi que d'emphysème. On note aussi un facteur de risque de cancer des voies aérodigestives.

Les complications fréquemment rencontrées sont : la tuberculose, l'œdème pulmonaire, les pneumopathies d'inhalation, les crises de bronchoconstriction asthmatiforme, les infections broncho-pulmonaires courantes telles que les pneumonies et les broncho-pneumonies aiguës. Un tabagisme chronique présent chez la majorité d'usagers de drogues aggrave ce tableau **[36].**

3- Les pathologies dermatologiques

La peau est en générale le principal mode d'entrée des agents contaminants et les complications surviennent fréquemment chez les usagers de drogue par voie injectable. Outre les parasitoses (poux, gale, morpions), de nombreuses manifestations dermatologiques ont été décrites :

-Des lésions locales liées aux injections septiques comme des ulcérations, des abcès, des lymphangites, des nodules aux points d'injection, des cellulites.

-Des lésions survenant à distance du point d'injection comme la staphylococcie exfoliante due à la sécrétion d'une toxine par le germe.

-Des dermatoses diffuses non infectieuses liées à l'héroïne ou à ses additifs telles que des urticaires, du prurit et de fait des lésions de grattage **[6].**

4- Complications dentaires

La dentition des usagers de drogue est souvent dans un état de délabrement avancé. Quelle que soit la substance psychoactive considérée, il n'en n'est pas une qui n'ait de répercussion sur la santé buccodentaire de son usager.

Celle-ci affecte aussi bien la dent, que le parodonte et les muqueuses buccales.

Les patients «addicts», et surtout, ceux qui pratiquent une polyconsommation, représentent la population à risque la plus importante en matière de cancers buccaux.

La prévention des risques, que représentent ces produits, est possible par une bonne hygiène buccodentaire et de vie, des soins préventifs et un suivi régulier par un chirurgien-dentiste **[28].**

5- L'état nutritionnel

Le pouvoir d'achat des usagers de drogue est consacré en priorité à la recherche du produit. La vie marginale ne favorise pas la prise régulière de repas. De véritables situations de carences sont rencontrées : dénutrition protéique, déficits en vitamines. Cette dénutrition réduit les défenses immunitaires, favorisant l'éclosion d'un grand nombre de pathologies **[25].**

II- Comorbidités psychiatriques

La comorbidité psychiatrique ou cooccurrence de troubles mentaux et des troubles liés aux substances n'est pas la juxtaposition de plusieurs maladies mentales, mais bien une intégration de plusieurs troubles.

Elles sont fréquentes chez les usagers de drogues, en particulier les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les troubles de personnalité et les troubles schizophréniques **[9].** On constate aussi des troubles directement imputés aux drogues : opiacés + alcool + benzodiazépines qui provoquent un syndrome confusionnel, c'est-à-dire un trouble de la vigilance, de l'attention, des altérations des fonctions cognitives, une perte du contrôle moteur, un comportement antisocial, un trouble de la conduite comme l'agressivité, la violence ou au contraire, l'apathie, la paranoïa, et des hallucinations **[114].**

Le traitement de psychopathologies associées réduit les facteurs de renforcement de la dépendance. Les diagnostics psychiatriques sont difficiles du fait de l'absence de stabilité émotionnelle liée aux substances et de l'évitement des soins.

Sur le plan médicamenteux, les troubles comorbides sont à considérer comme résistants avec des posologies supérieurs à la moyenne. Les troubles de l'humeur sont les plus fréquents (20 à 60% selon les études) **[113].**

Le traitement différera en fonction de l'étiologie :

-Abstinence de drogues par sevrage ou substitution pour les troubles de l'humeur induit par les substances ;

-Traitement antidépresseurs pour les troubles de l'humeur induit par le sevrage

-Anxiolytique, de préférence antipsychotique de seconde génération pour les réactions anxieuses et dépressives

-Antidépresseurs pour les états dépressifs caractérisés isolés ou récurrents **[62].**

DEUXIÈME PARTIE

I- Objectifs de l'étude

I-1- Objectif général

Notre étude a pour objectif général de décrire les aspects cliniques et de prise en charge des patients suivis au CEPIAD.

I-2- Objectifs spécifiques

Notre étude a comme objectifs spécifiques

-De décrire le profil sociodémographique des patients suivis au CEPIAD

-Donner le profil de consommation des usagers suivis au CEPIAD

-De décrire le profil sociodémographique des patients sous méthadone suivis au CEPIAD

-De décrire les pathologies associées à la prise de drogues chez les patients sous méthadone

-D'évaluer la prise de benzodiazépines par les patients avant et après l'inclusion dans le programme méthadone

-D'évaluer les infections virales chez les sujets inclus dans le programme méthadone et les patients non inclus

-D'évaluer les besoins en médicaments pour les pathologies somatiques et psychiatriques

II- Méthodologie

II-1-Cadre de l'étude

II-1-1- Objectifs du centre

II-1-1-1- Objectif principal du centre

Le CEPIAD a pour objectif d'offrir une prise en charge ambulatoire globale aux personnes dépendantes de substances psycho-actives. Il propose une approche combinant réductions des risques et activités d'autonomisation des consommateurs de drogue injectable (CDI).

II-1-1-2- Objectifs spécifiques

- Le traitement de substitution aux opiacés par la méthadone ;
- La prise en charge addictologique, somatique et psychiatrique des dépendances ;
- Le conseil et le dépistage du VIH et des hépatites virales B et C ;
- Le traitement antirétroviral de l'infection par le VIH ;
- La prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles(IST) et de la tuberculose ;
- Un programme d'échange de seringues (*Cf.* figure 4)

Figure 4 : Package prévention et Kit injection

II-1-2- Description du centre

Notre étude s'est déroulée au centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (CEPIAD) du CHNU de Fann.

Il est destiné à la lutte contre la drogue et l'amélioration de la santé mentale. Il fait le lien entre la lutte contre le Sida, les hépatites virales et la consommation de drogue. Il est le premier du genre en Afrique de l'ouest. Le centre s'est fixé comme objectif de faciliter l'accès aux soins aux usagers de drogue dans le but de réduire leur dépendance et les risques de contamination au VIH/SIDA, VHB, VHC.

L'infrastructure est une initiative cofinancée par le Fond mondial, l'organisation ESTHER, le comité national de lutte contre le Sida (CNLS), la mairie de Paris et l'Agence onusienne de lutte contre la drogue (ONUDC).

Le CEPIAD est une unité du service psychiatrique logé au sein du centre hospitalier universitaire de Fann, dans un bâtiment à deux niveaux.

Au rez-de chaussée se trouve deux bureaux de consultation, un laboratoire, une salle de stockage de médicaments, une infirmerie, un réfectoire, une case cuisine pour la préparation des repas communautaires, et une case de convivialité. Le terrain environnant permet le développement d'activités de jardinage et sportives.

Le premier niveau abrite les bureaux de l'administration, deux salles méthadone, deux salles d'observation, une salle de réunion, un local informatique et une salle pour l'équipe de terrain.

L'équipe pluridisciplinaire du CEPIAD est composée de quatre psychiatres addictologues, d'un médecin infectiologue formé en addictologie, des infirmiers, un pharmacien, un biologiste, des travailleurs sociaux, d'un art-thérapeute, des intervenants communautaires, et du personnel administratif.

II-1-3- Fonctionnement du centre

Le fonctionnement du CEPIAD est régi par un document élaboré par le comité de gestion du CEPIAD après consultation du personnel et des usagers, puis validé par le comité de pilotage du centre. Celui-ci définit les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective où s'applique également la charte du malade (Arrêté n° 005776 du 17 juillet 2001). Il est valable cinq ans, et révisable dès lors que cela est nécessaire. **[Annexe 5]**

II-1-4- Contrat de soin

Le médecin doit établir avec son patient un contrat de soin. Le contrat de soin est à la base de la prise en charge de l'usager, il lie les deux parties par un objectif commun. Il est librement consenti après négociation.

Le contrat de soin définit des objectifs clairs, explicites et adaptés aux possibilités de chacun, en fonction de la trajectoire et des motivations du patient.

II-1-5- Circuit de prise en charge des patients non inclus au programme méthadone

L'usager demandeur de soin est accueilli au CEPIAD par un éducateur spécialisé ou d'un animateur pair relais. Celui-ci évalue la demande de l'usager, lui explique le fonctionnement du centre et l'oriente vers l'équipe médico-psycho-sociale. Le médecin psychiatre addictologue évalue l'addiction de l'usager (produit consommé, rythme et mode de consommation) et les éventuelles comorbidités psychiatriques. Il a pour rôle également d'informer sur les possibilités thérapeutiques et de rechercher une alliance thérapeutique avec le patient par des thérapies cognitivo-comportementale, des thérapies systémiques et familiale. L'infectiologue évalue l'état de santé global du patient en dépistant les pathologies somatiques fréquemment rencontrées chez les usagers (VIH, hépatite virale B et C, tuberculeuse, IST). Mais également il traite ou réfère le patient selon les pathologies diagnostiquées. Une équipe infirmière assure les soins (pansements, abcès, petite chirurgie pour les patients).

L'équipe psychosociale composée d'assistants sociaux, de psychologues et de médiateurs pairs détermine les besoins des usagers et construit un accompagnement personnalisé se situant à différents niveaux selon les besoins des usagers et leur personnalité propre. Les approches de soutien et d'accompagnement du traitement de la dépendance par des entretiens motivationnels favorisent l'autonomie, la responsabilisation et la socialisation des usagers. En rapport avec l'espace de convivialité, des activités sociales, récréatives, artistiques, jardinage permettent de travailler avec les usagers sur la création de liens sociaux (entre l'usager et son entourage, entre l'usager et les intervenants du centre, entre les usagers eux-mêmes) faisant partie intégrante du traitement global de la prise en charge.

L'espace de convivialité est le lieu de rencontre privilégié pour les usagers permettant à la fois des activités de réduction des risques (information, distribution de matériel stérile, de préservatifs), sociales et occupationnelles (coin télévision, coin informatique, bibliothèque…).

Tous les patients inscrits au centre bénéficient d'un bilan minimal qui comportera : NFS, VS, plaquettes, ASAT, ALAT, glycémie, créatininémie, sérologie VIH, VHB et VHC et radiographie pulmonaire. Le bilan biologique est gratuit pour les CDI (consommateurs de drogues injectables).

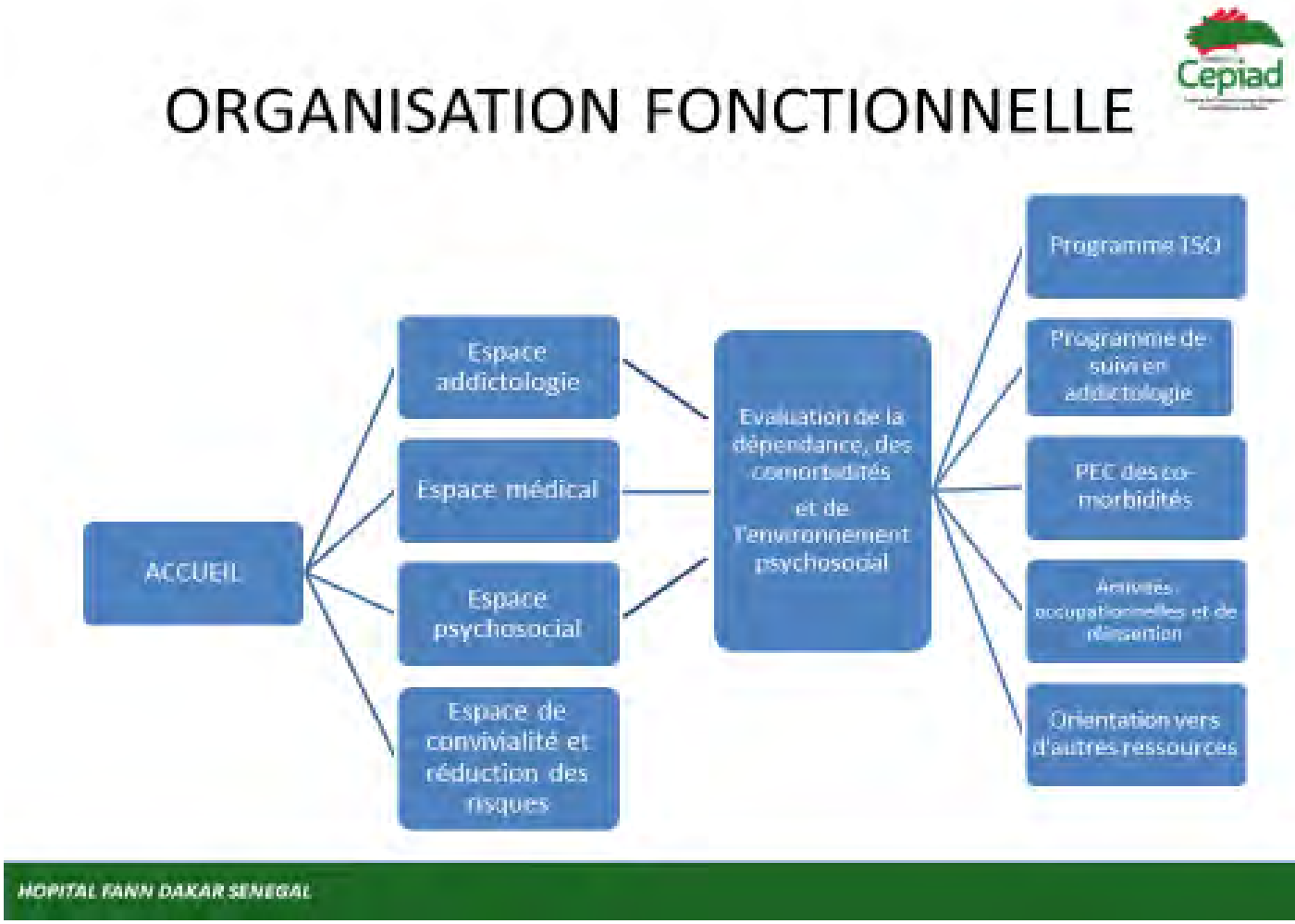


Figure 5: Schéma organisationnel du CEPIAD

II-1-6- Circuit de prise en charge des patients sous traitement de substitution aux opiacés par la méthadone

Concernant le circuit de prise en charge des patients inclus au programme méthadone, en plus de ce qui précède, lors de la première consultation le médecin effectue un recueil très précis des produits consommés par le patient pendant son parcours et les circonstances d'initialisation. La consommation des opiacés est confirmée par un test urinaire, qualitatif par bandelette qui donne un résultat immédiat. Le résultat de ce test donne une orientation, mais non une certitude. Ce test permet également une vérification de l'absence de méthadone. Cette première consultation va amener le médecin à décider s'il va ou non prescrire un traitement substitutif. Pour cela il doit évaluer le niveau de pharmacodépendance et la situation globale du patient.

Il doit également confirmer le diagnostic de pharmacodépendance majeure aux opiacés qui se fait par la détermination de la DSM5.

Par ailleurs le médecin doit évaluer la situation générale du patient sur le plan médical, social et psychologique. Il met en confiance le patient dans sa démarche volontaire, et l'explique les modalités de prise en charge.

Le médecin prescrit des bilans biologiques de dépistage des hépatites virales et du VIH, et d'autres examens ciblés en fonction de chaque cas.

Ensuite le médecin présentera le dossier du patient au comité d'inclusion au programme méthadone. Après une discussion autour du dossier, le comité d'inclusion prendra la décision finale d'inclure ou non le consommateur de drogues dans le programme de traitement de substitution aux opiacés.

II-1-7- Délivrance de la méthadone

La prise de méthadone se fait après consultation par les médecins addictologues. Le pharmacien dispense la méthadone quotidiennement et suivant les doses prescrites : les 3 premiers jours, les doses sont fractionnées (la première prise le matin et la seconde l'après-midi), à partir du quatrième jour les doses sont unitaires.

Par ailleurs, la délivrance se fait essentiellement dans la matinée (en dehors de la phase d'initialisation), afin d'une part de ne pas pénaliser l'activité professionnelle du patient et, d'autre part de préserver les autres plages horaires, pour des activités de convivialité et de réduction des risques.

L'efficacité d'un traitement passe tout d'abord par sa bonne compréhension. Le pharmacien explique au patient le fonctionnement de ses traitements, ses potentiels effets indésirables et les possibles interactions médicamenteuses.

II-2- Matériels et méthodes

II-2-1- Matériels

La sélection des patients s'est faite sur la base de données des patients suivis au CEPIAD à l'aide du logiciel ProGedis utilisé au niveau du centre. Nous avons établi un questionnaire sur la base des éléments du logiciel auquel nous avons adjoint certaines questions pour les besoins de notre enquête. Notre travail s'est fait en deux temps. Nous avons commencé par examiner les dossiers médicaux des patients suivis aux CEPIAD. Dans un second temps nous avons eu des entretiens individuels avec les patients sous méthadone concernant la prise de benzodiazépines. Les données recueillies sont traitées à l'aide du logiciel Epi info 7 version 7.1.5.0

II-2-2-Méthodes

II-2-2-1- Type d'étude

Nous avons mené une étude rétrospective, descriptive sur une période allant du 1 février 2015 au 30 mars 2016.

II-2-2-2- Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans notre travail tous les patients ayant ouvert un dossier médical au CEPIAD pendant la durée de notre étude.

II-2-2-3- Critères de non inclusion

Nous n'avons pas inclus dans notre étude les patients qui sont venus consulter au CEPIAD, pour une consommation d'alcool et/ou de tabac.

III-RESULTATS

Nous avons examiné 360 dossiers de patients suivis, dont 126 sous traitement de substitution aux opiacés par la méthadone.

III-1- Population totale

III-1-1-Tranches d'âges

L'âge moyen de notre population d'étude est de 42,7 ans ± 12,5. Avec un minimum de 17 ans et un maximum de 70 ans. La demande de prise en charge est faible en deçà de 30 ans avec un accroissement chez les patients entre 30 et 40 ans suivi d'un pic chez les 50 ans et plus **(figure 6).**

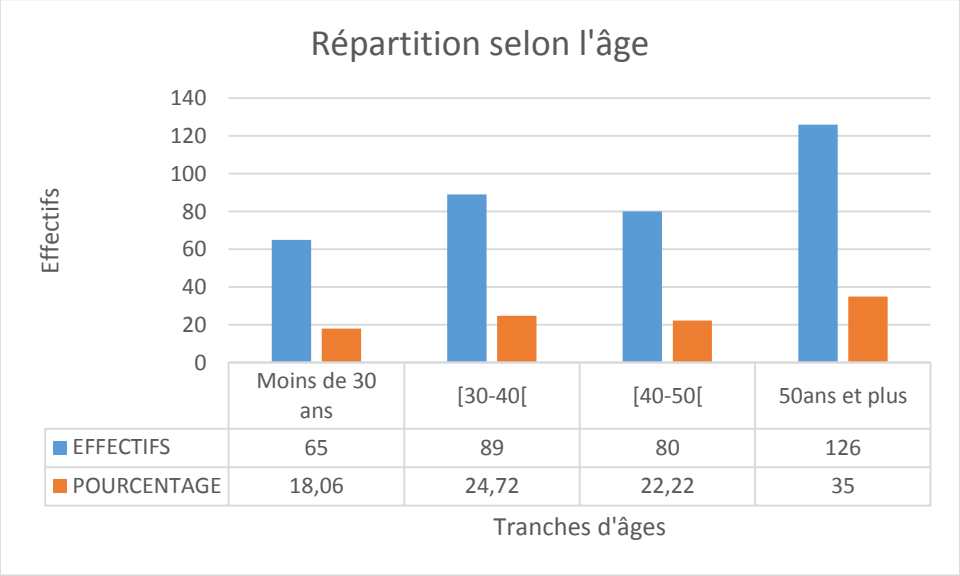


Figure 6 : Répartition des patients selon l'âge.

III-1-2- Sexe des patients

Les hommes sont majoritaires dans notre population d'étude. Ils représentaient 92,78 % soit 334 patients contre 7,22 % soit 26 femmes. Avec un sexe ratio de 12,8.

III-1-3- Activité professionnelle

Les patients sans emploi représentent plus de la moitié de notre population d'étude avec un pourcentage de 53,34% **(figure 7)**.

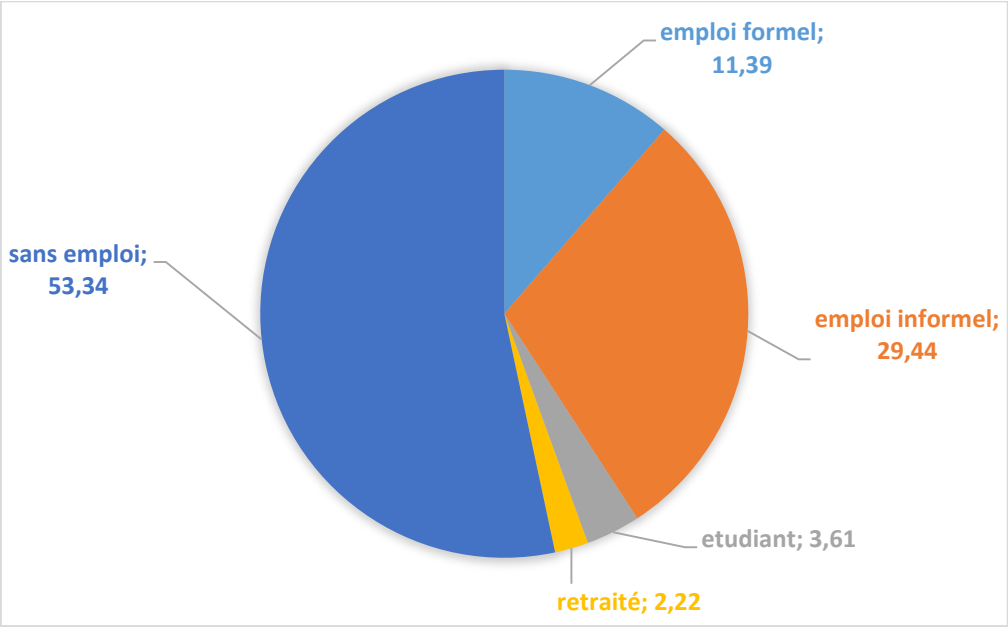


Figure 7: Répartition des patients selon l'activité professionnelle.

III-1-4- Situation matrimoniale

Les célibataires sont majoritaires à savoir 44%, suivi des divorcés 31% **(figure 8)**.

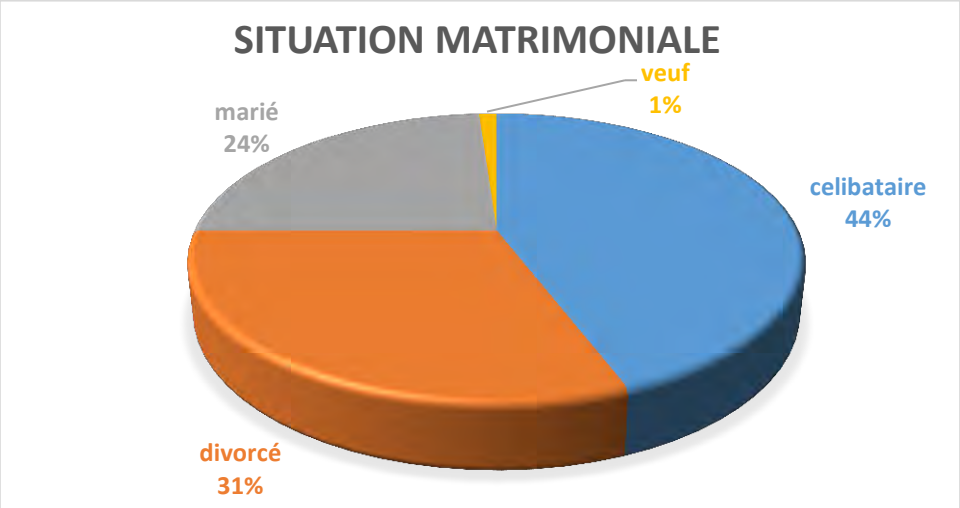


Figure 8 : Répartition des patients selon la situation matrimoniale

III-1-5- Substances psychoactives prises

Sur la population de départ 212 sujets sont testés positifs à au moins une des substances psychoactives recherchées. Il faut noter que les tests aux amphétamines étaient négatifs.

La majorité de la population d'étude (91,98%) sont positive aux opiacées, suivie du cannabis (82,55%), puis de la cocaïne (70,28%). Les patients positifs aux benzodiazépines représentaient 52,83% de la population d'étude **(figure 9)**.

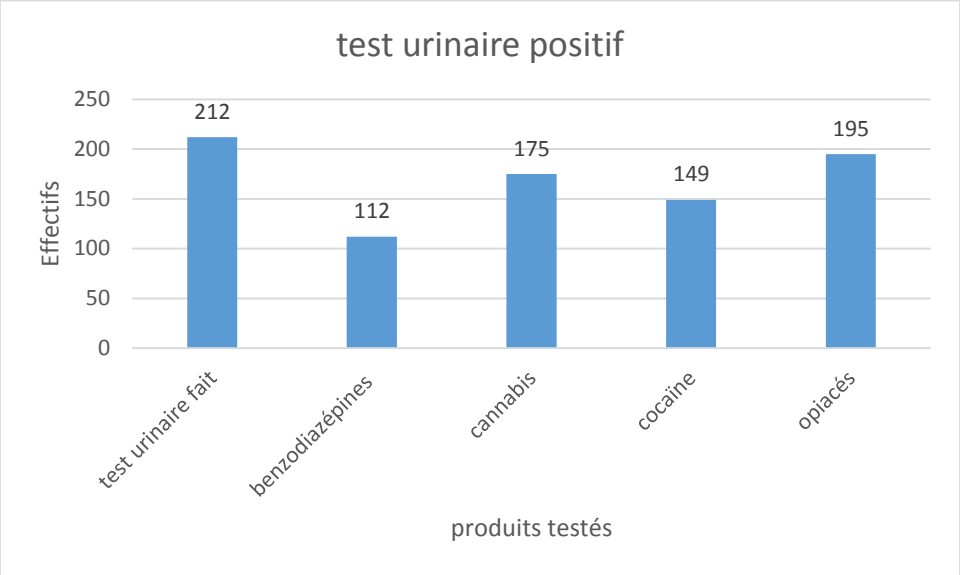


Figure 9 : Répartition des patients selon la substance psychoactive consommée

III-1-6- Sérologie virale

L'hépatite C est positive chez 22 patients soit 10% de la totalité des patients de l'étude. Les sérologies VIH sont positives pour 12 patients soit 6% de la totalité des patients. L'hépatite B est positive chez 1 patient soit 0,5% de la population étudiée **(Tableau II)**.

Tableau II : Répartition des patients selon la sérologie virale

TEST		EFFECTIFS	POURCENTAGE
VHB	POSITIF	1	0,5
	NEGATIF	211	99,5
VIH	POSITIF	12	6
	NEGATIF	200	94
VHC	POSITIF	22	10
	NEGATIF	190	90

III-2- Patients sous méthadone

III-2-1- Prise de méthadone

Les patients sous traitement de substitution aux opiacés par la méthadone représentent 35 % de la population d'étude.

III-2-2- Age des patients sous méthadone

L'âge moyen de notre population d'étude est de 48,3 ans ± 9,8. Avec un minimum de 23ans et un maximum de 68 ans. La majorité des patients sous méthadone ont 50 ans et plus avec un pourcentage de 49,21%. Les patients âgés de moins de 30 ans sont faiblement représentés avec un pourcentage de 4,76% **(Figure 10)**.

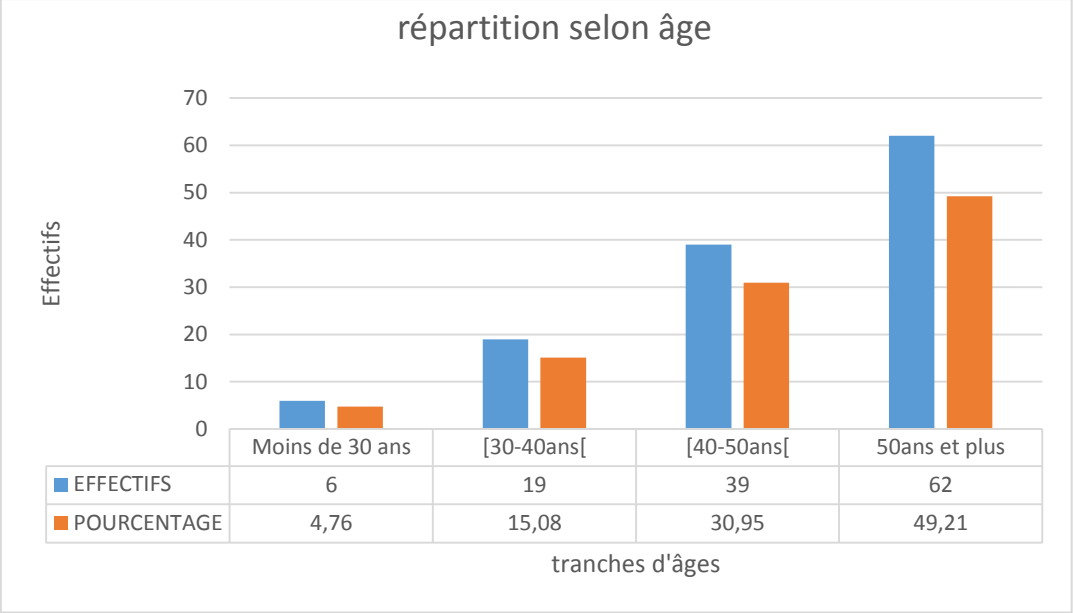


Figure 10 : Répartition des patients sous méthadone selon l'âge.

III-2-3- Sexe des patients sous méthadone

Les femmes représentent 5,6 % de la population et les hommes 94,4 % soit 7 femmes pour 119 hommes.

III-2-4- Activité professionnelle des patients sous méthadone

La majorité des patients (51,59%) sont sans emploi **(figure11)**.

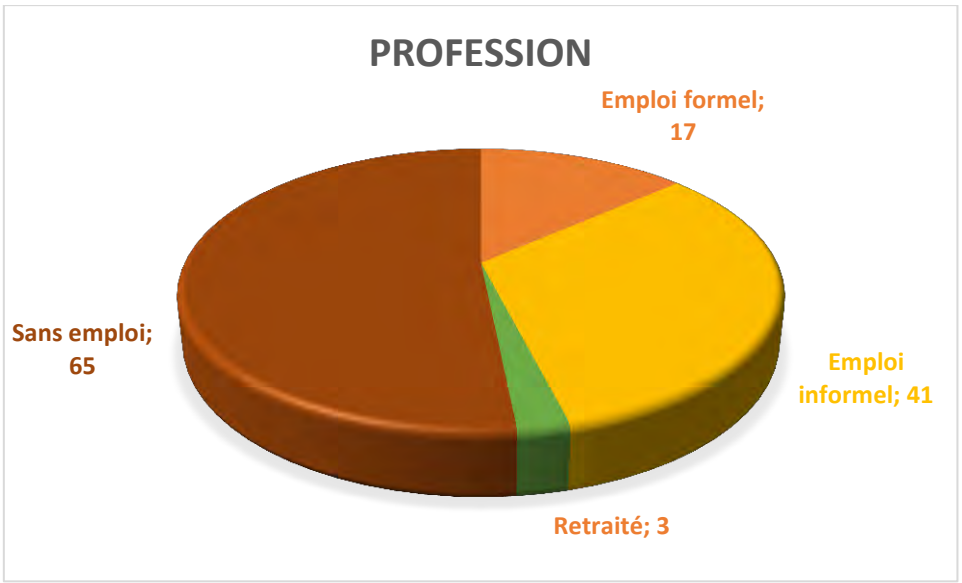


Figure 11 : Répartition des patients sous méthadone selon l'activité professionnelle

III-2-5- Statut matrimonial des patients sous méthadone

Les patients divorcés représentent 34,92% de la population, les mariés et les célibataires (31,75%) sont retrouvés dans les mêmes proportions **(figure 12)**.

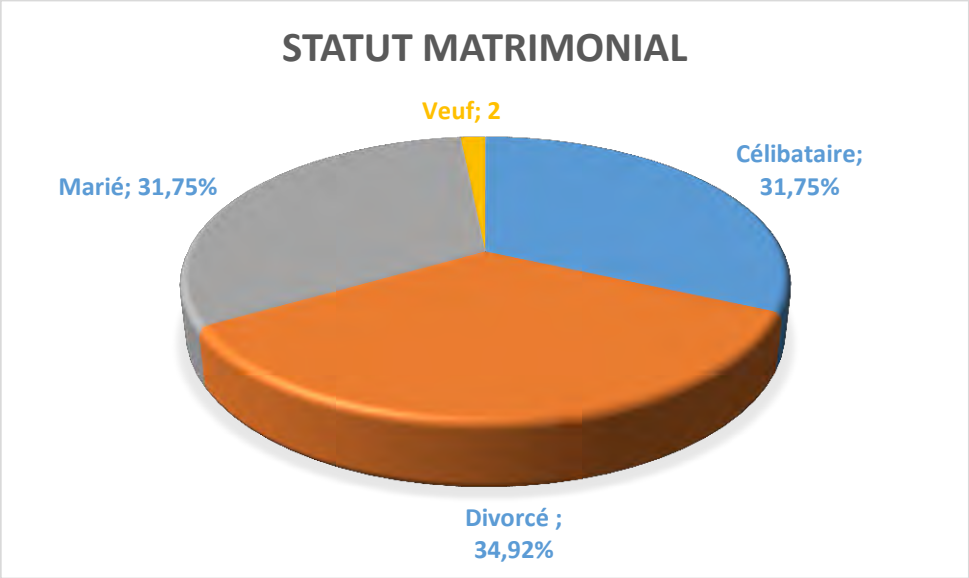


Figure 12 : Répartition des patients sous méthadone selon le statut matrimonial

III-2-6- Sérologie virale des patients sous méthadone

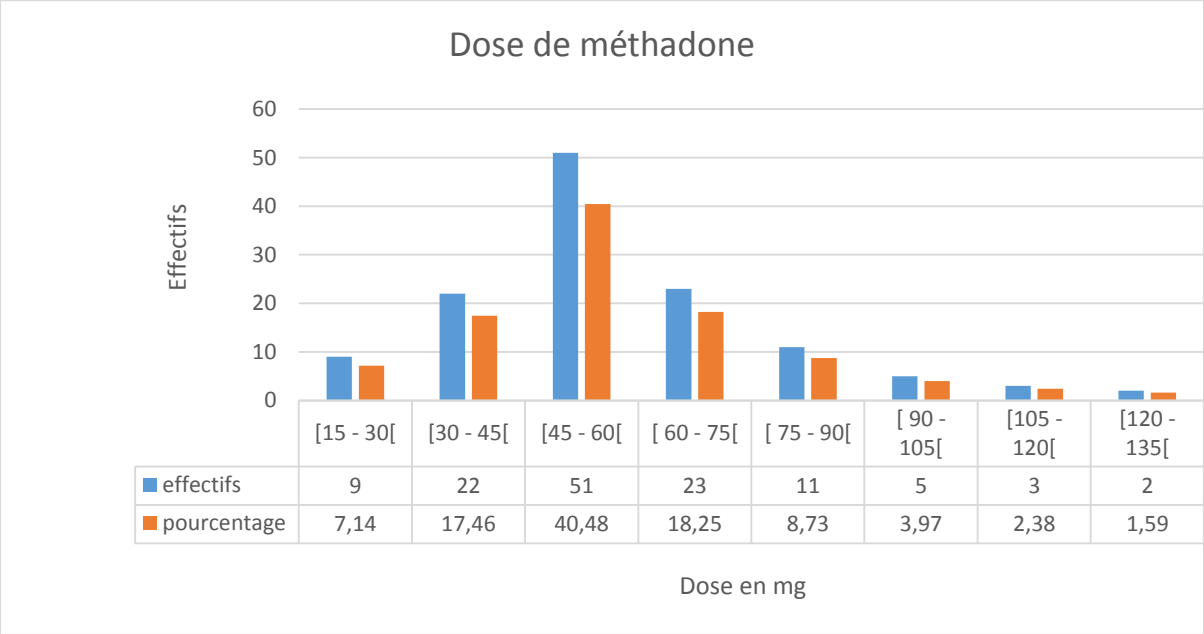
La majorité des patients (15) sont positive au VHC, suivie des patients positifs au VIH qui sont au nombre de 10. Le VHB est positif chez 1 seul patient.

Tableau III : Répartition des patients sous méthadone selon la sérologie virale

TEST		EFFECTIFS	POURCENTAGE
VHB	POSITIF	1	0,8
	NEGATIF	125	99,2
VIH	POSITIF	10	7,9
	NEGATIF	116	92,1
VHC	POSITIF	15	11,9
	NEGATIF	111	88,1

III-2-7- Dose moyenne de méthadone

La dose moyenne de méthadone administrée était de 52,94mg. Avec un minimum de 15mg et un maximum de 135mg **(figure 13)**.



	[15 - 30[	[30 - 45[	[45 - 60[	[60 - 75[	[75 - 90[	[90 - 105[	[105 - 120[	[120 - 135[
effectifs	9	22	51	23	11	5	3	2
pourcentage	7,14	17,46	40,48	18,25	8,73	3,97	2,38	1,59

Figure 13 : Répartition selon la dose des patients

III-2-8- Motif de consultation pour les comorbidités somatiques et psychiatriques

Sur les 126 patients inclus dans le programme méthadone, 82 (65,08 %) ont eu des troubles somatiques ou psychiatriques déscellés. Les algies diffuses sont retrouvées sur la majorité des patients **(figure 14)**.

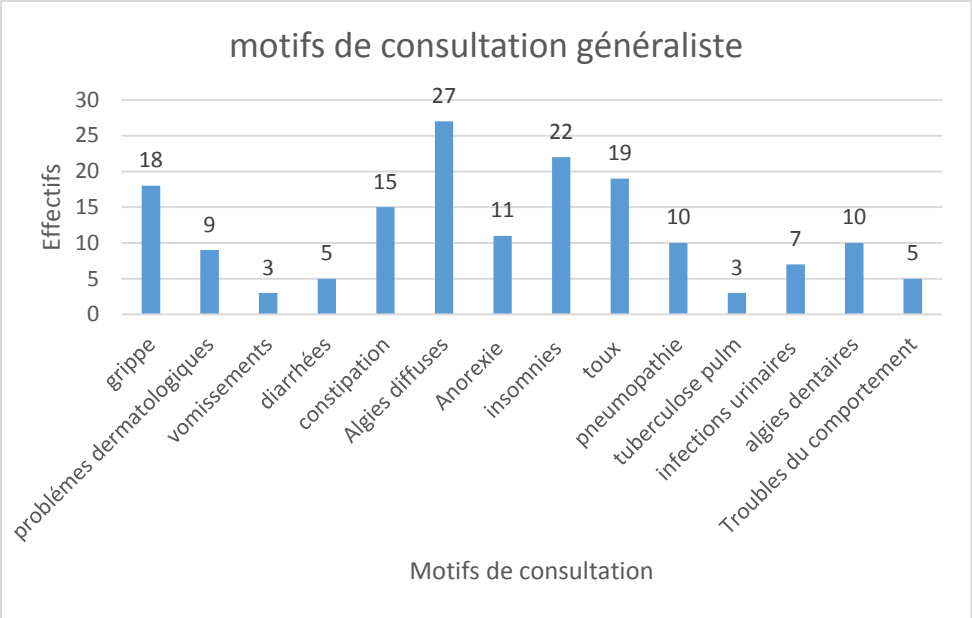


Figure 14 : Répartition des patients selon le motif de consultation

III-2-9- Pathologies retrouvées chez les patients sous méthadone

Les troubles digestives sont retrouvées chez 34 patients. Elles sont suivies des affections pulmonaires chez 24 patients, ensuite les affections dentaires chez 10 patients. La particularité est qu'il y avait 3 cas de tuberculose et 10 cas de pneumopathie à germe banal.

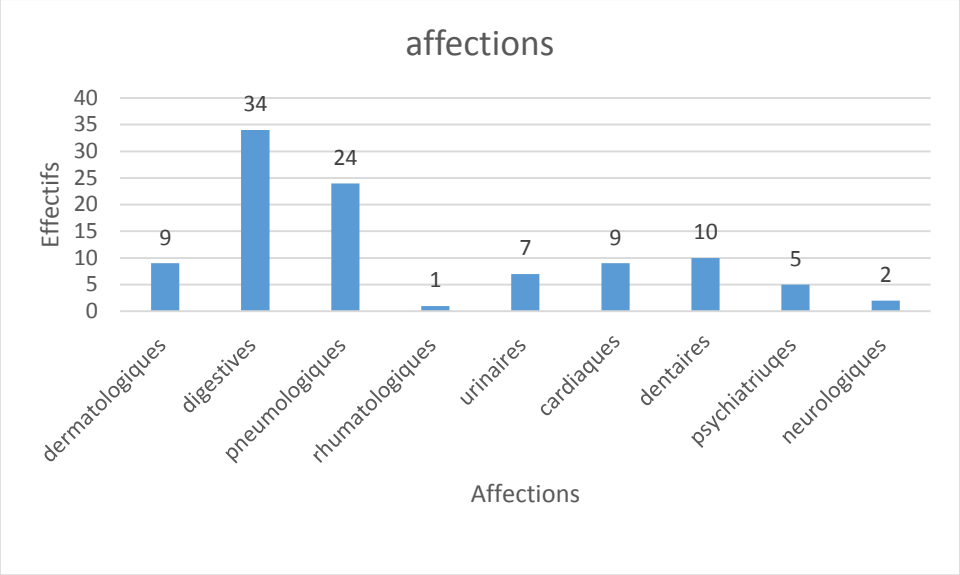


Figure 15 : Répartition des patients selon la pathologie

III-2-10- Prise de Benzodiazépines avant et après inclusion au programme méthadone

Les patients ayant consommé les benzodiazépines avant l'inclusion dans le programme méthadone sont au nombre de 83 soit 65,87% de la population. Après l'inclusion 18 patients soit 14,3% en ont consommé **(tableau IV)**.

Tableau IV : Répartition des patients selon la prise de benzodiazépines avant et après inclusion**.**

Prise de BZD		EFFECTIFS	Pourcentage
Avant inclusion	Oui	83	65,87
	Non	43	34,13
Après inclusion	Oui	18	14,3
	Non	108	85,7

III-2-10-1- Benzodiazépines consommées avant inclusion dans le programme méthadone

Le Rivotril est le produit le plus utilisé, 66 patients en ont consommé avant l'inclusion dans le programme méthadone **(tableau V)**.

Tableau V : Répartition des patients selon la benzodiazépine consommée avant inclusion.

Benzodiazépines consommées	Effectifs	Pourcentage
Alpraz	1	1,20
Lexomil	1	1,20
Rivotril	66	79,52
Rohypnol	5	6,02
Temesta	2	2,41
Valium	8	9,64

III-2-10-2- Benzodiazépines consommées après inclusion dans le programme méthadone

Le Rivotril est le produit le plus consommé après l'inclusion dans le programme méthadone, 15 patients en ont consommé **(tableau VI)**.

Tableau VI : Répartition des patients selon la benzodiazépine consommée après inclusion.

Benzodiazépines consommées	Effectifs	Pourcentage
Alpraz	1	5,6
Rivotril	15	83,2
Rohypnol	1	5,6
Valium	1	5,6

III-3- Besoins en médicaments pour les pathologies somatiques chez les patients suivis au CEPIAD.

Tableau VII : Besoins en médicaments pour les pathologies somatiques

DCI	**ND**
ANTIBACTÉRIENS	
Amoxicilline + acide clavulanique	AUGMENTIN
Ciprofloxacine	CIFRAN
Doxycycline	VIBRAMICINE
Erythromycine	PROPIOCINE
Phenoxymethylpenicilline	OSPEN
sulfametoxazole+trimetoprime	BACTRIM
Spiramycine	ROVAMYCINE
Amoxicilline	
ANTIPALUDÉENS	
Artemether+lumefantrine	CO-ARTESUNATE
Quinine	PALUJECT
ANTIAMIBIEN	
Métronidazole	FLAGYL
ANTIHELMINTHIQUES	
Mebendazole	VERMOX
Albendazole	ZENTEL
ANALGESIQUES -ANTIPYRETIQUES-AINS	
Ibuprofène	BRUFEN
Paracétamol	DOLIPRANE
Acide niflumique	NIFLURIL
ANTIALLERGIQUES	
Prednisolone	CORTANCYL

Prométhazine	PHENERGAN
ANTIANÉMIQUE ET VITAMINES	
Fer/acide folique	FEFOL
Complexes multivitaminés	BIOFAR
Acide ascorbique	VITAMINE C
Cyanocobalamine	VITAMINE B12
Pyridoxine	VITAMINE B6
MÉDICAMENTS APPAREIL DIGESTIF	
Aluminium magnésium	MAALOX
Oméprazol	MOPRAL
Phloroglucinol	SPASFON
Lactulose	DUPHALAC
Loperamide	IMODIUM
Metopimazine	VOGALÈNE
MÉDICAMENTS APPAREIL RESPIRATOIRE	
Carbocysteine	CARBOTOUX
Oxomemazine/guaifenesine	TOPLEXIL
Salbutamol spray	VENTOLINE
MÉDICAMENTS APPAREIL CARDIOVASCULAIRE	
Furosémide	LASILIX
Propanolol	AVLOCARDYL
Epinephrine	ADRÈNALINE
OPHTALMOLOGIE/STOMATOLOGIE	
Gentamycine	GENTALLINE
Phenazone/lidocaïne	OTIPAX
Solution bain de bouche	Buccothymol

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

III-4- Besoins en médicaments pour les pathologies psychiatriques chez les patients suivis au CEPIAD.

Tableau VIII : Besoins en médicaments pour les pathologies psychiatriques

DCI	**ND**
Diazépam	VALIUM
Alimémazine	THÉRALÉNE
Hydroxyzine	ATARAX
Chlorpromazine	LARGACTIL
Acide valproïque	DÉPAKINE
Sulpiride	DOGMATIL
Fluoxétine	PROZAC
Olanzapine	ZYPREXA
Valpromide	DÉPAMIDE
Clomipramine	ANAFRANIL
Cyamémazine	TERCIAN
Rispéridone	RISPERDAL
Alprazolam	XANAX

IV- Discussion

La demande de prise en charge est élevée chez les consommateurs de drogues. Les symptômes de sevrage et les nombreuses affections associées à l'usage de drogues les poussent à aller vers les soignants **[14].**

Il faut souvent que le sujet soit dans une situation extrême de précarité ou de problème de santé pour que la tentative d'arrêt ou de diminution soit effective. Pour un usager de drogue il n'est pas nécessaire d'envisager un arrêt tant que dure la « lune de miel » **[118].**

C'est souvent quand l'addiction atteint son acmé que le sujet prend conscience de sa dépendance. Ce « déclic » est un moment essentiel car il correspond à cet endroit du parcours où le sujet prend la décision d'agir. Tout se passe comme si un instinct de survie conduit le sujet à sortir momentanément du cycle infernal d'autodestruction dans lequel il s'inscrit depuis plusieurs années **[34].**

La population des usagers de drogue présente des caractéristiques spécifiques qui nécessitent de ce fait la mise en place d'une prise en charge spécifique et une approche différente. La prise en charge des patients doit se faire dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire composée de médecins addictologues (psychiatre et infectiologue), pharmacien, infirmiers, psychologue, et assistants sociaux.

1- Ensemble des patients suivis

1-1- Âge

L'âge moyen des patients dans notre population d'étude est de 42,7ans ± 12,5. Cette moyenne d'âge s'explique par le fait que les patients d'âge mûr sont les plus demandeurs de soins. Des résultats similaires ont été retrouvés dans une étude prospective d'usagers de drogues opiacées, avec ou sans usage d'autres drogues, recrutés dans 5 villes canadiennes, l'âge moyen des sujets de l'échantillon analysé était de 42 ans (extrêmes 29-60 ans) **[44].**

Une autre étude menée à Bruxelles sur la période 2009-2012 montre une moyenne d'âge des répondants de 33,8 ans, la majorité des répondants (72,2%) ayant 30 ans ou plus **[51].**

1-**2- Sexe**

Dans ce travail la prédominance masculine reste de mise avec 92,78% des patients contre 7,22% chez les femmes et un sexe ratio de 12,8. Dans une étude réalisée en France sur le suivi de patients usagers de drogues en médecine générale, nous avons constaté que 84% des patients étaient des hommes avec un sexe ratio H/F de 5,3 **[21]**. L'enquête Coquelicot 2011, **[55]** montre une population d'usagers de drogue essentiellement masculine (79% d'hommes). Parmi les usagers de substances psychoactives suivis à l'hôpital Jamot de Yaoundé 95,4% étaient des hommes et les femmes faiblement représentées 3,6% **[74].**

Nous pouvons en conclure que quel que soit la zone d'étude, il y a une prévalence masculine chez les usagers qui fréquentent les services d'addictologie.

Un certain nombre d'obstacles sociaux et culturels continuent à l'évidence d'entraver l'accès des femmes à un traitement pour addiction à la drogue. Dans le monde, seul un usager de drogues suivant un traitement sur cinq est une femme, bien que les femmes représentent un tiers des usagers de drogue. Il serait utile de réaliser quelques interviews de femmes consommatrices de drogue, pour mieux comprendre les éléments qui font obstacle à leur accès aux soins afin d'adapter au mieux l'offre qui leur sera proposée. Dans un souci d'efficacité, il sera certainement nécessaire de proposer des initiatives de soin, spécialement conçues à l'intention des femmes. En effet certaines d'entre elles ne souhaitent pas se mélanger à un public majoritairement constitué d'hommes **[85].**

1-3- Situation matrimoniale

En ce qui concerne la situation matrimoniale, notre population d'étude était constituée en majorité de célibataires avec un taux de 44%, suivi des divorcés 31%.

Des résultats similaires ont été retrouvés en Algérie. Selon une étude réalisée en 2004-2005 par le centre de recherche en Anthropologie sociale et culturelle, les célibataires représentaient 73% de la population d'étude **[77].**

Dans l'étude de la population d'usagers de drogues ayant consulté dans un des trois centres de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST de Tourcoing, Intersecteur de toxicomanie de Lille et CSST de Valenciennes) 88,3% des patients étaient célibataires **[71].** Par contre une étude réalisée au Togo a relevé une prédominance des mariés qui représentaient 39% de la population d'étude **[39].**

1-4- Profession

Les patients sans activité représentaient 53,34% de notre population d'étude, suivi des patients qui évoluent dans le secteur informel qui représentaient 29,44%. Les données statistiques analysées par Mossé **[120]** montrent une forte représentation des chômeurs.

Selon une enquête de l'OFDT, réalisée en novembre 1997, 69% des patients étaient sans activité **[22].**

Lorsque l'usager n'arrive plus à gérer simultanément son addiction à la drogue et son travail, il finit par perdre son emploi. En effet, il peut arriver qu'il n'aille pas au travail, ou qu'il ne soit plus apte à travailler de manière adéquate. Il est dans un état où son esprit n'est plus que dans la recherche du produit. Néanmoins la réinsertion professionnelle des usagers est possible grâce à une prise en charge pluridisciplinaire.

1-5- Sérologies virales

Les résultats de l'étude montrent une prédominance de l'infection par le VHC retrouvé chez 22 patients ,12 patients vivants avec le VIH, le VHB était retrouvé chez 1 patient. Il en est de même de celle menée en Géorgie, Octobre 2012 avec une forte prévalence de l'hépatite C 91,9% **[4].**

En effet, le VHC est responsable d'environ 70 % des cas d'hépatites chroniques, cause majeure de cirrhose et de carcinome hépatocellulaire. L'évolution de l'hépatite chronique C est fortement influencée par la consommation d'alcool **[13].**

Dans l'enquête multicentrique Coquelicot menée en 2004, la prévalence de l'infection à VHC était de 59,8 %, alors que celle du VIH était de 10,8 %, soit 5,54 fois plus élevée **[69].**

Au Québec, la prévalence s'élève actuellement à 15 % pour le VIH et à 62 % pour le VHC **[91].** Bien que différents facteurs de risque puissent être associés à la transmission du VIH et du VHC chez les usagers de drogue l'utilisation de seringues préalablement utilisées par une personne infectée constitue le principal mode de transmission. Dans une récente étude réalisée auprès de jeunes usagers de drogues injectables en Amérique, on rapporte que 54 % ont utilisé une seringue que quelqu'un d'autre avait utilisée **[12].** Dans une autre étude chez les usagers de drogue au Québec, 36,3 % ont rapporté avoir échangé des seringues déjà utilisées et 40,6 % ont déclaré en avoir emprunté **[45].**

En plus du phénomène de partage de seringues, la réutilisation de sa propre seringue constitue en soi un risque supplémentaire pour les usagers de drogue, puisque cette pratique peut occasionner des blessures ou d'autres types d'infections qui peuvent s'avérer graves.

Pour diminuer les risques de transmission du VIH et de l'hépatite C les usagers de drogue doivent adopter un comportement d'injection plus sécuritaire, c'est à dire utiliser une seringue neuve à chaque injection **[48].**

1-6- Substances psychoactives prises

Les consommateurs d'héroïne étaient majoritaires dans notre population d'étude avec 91,98%, suivi des usagers de cannabis 82,55%. On note une forte prévalence d'usagers d'héroïne.

Une étude de l'OFDT sur le suivi de patients usagers de drogues en médecine général a montré que la très grande majorité des patients déclarait avoir déjà consommé, au moins une fois dans leur vie, de l'héroïne (99%), du cannabis (94%), de la cocaïne (82%), et des benzodiazépines (77%) **[93].** Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que l'héroïne est (après la nicotine) la drogue qui a le plus fort pouvoir addictif, c'est-à-dire la plus forte capacité à induire une dépendance, par son action sur le système intracérébral de récompense.

Une forte prédominance de la consommation de cannabis a été notée dans l'étude menée en France de mars 2005 à décembre 2007 chez les jeunes consommateurs, avec 92 % d'usagers de cannabis ; 11,8% d'usagers de cocaïne et 5,4% d'usagers d'héroïne. Les jeunes sont les plus grands consommateurs de cannabis et ils disent l'utiliser pour lutter contre l'angoisse et le stress, pour rechercher du plaisir, pour la convivialité, le partage, par habitude avec un sentiment de dépendance **[80].**

L'enquête épidémiologique de 2014 en France montre que parmi les 18-64ans, 42% ont déjà expérimenté le cannabis **[37].**

Dans notre échantillon, la polyconsommation était très fréquente. En moyenne, les patients avaient consommé quatre substances psychoactives, en dehors de l'alcool et du tabac. La polyconsommation prend de l'ampleur. Il permet d'augmenter les effets en combinant des drogues avec des mécanismes d'action similaires sur le système nerveux central (SNC) ou des associations d'anxiolytiques et hypnotiques. Des drogues, aux mécanismes d'action, différentes sur le SNC, peuvent aussi être associées pour intensifier le bénéfice perçu de chaque substance : opiacés et benzodiazépine, stimulants et opiacés à l'exemple du speedball, mélange cocaïne-héroïne-stimulants et hallucinogène

ou encore cocaïne et alcool dont l'association génère la cocaéthylène. Aussi pour diminuer les effets secondaires de craving, de sevrage, de descente, des produits sont utilisés séquentiellement ou simultanément. Ainsi des stimulants sont pris pour éviter la dysphorie, des dépresseurs du SNC pour diminuer l'anxiété et l'agitation liée au sevrage **[95].**

2- Patients sous méthadone

Les patients sous traitement de substitution aux opiacés par la méthadone représentent 35% de la population d'étude. Il en est de même de l'étude menée à Saint-Denis (France) en 2007, 35% des patients suivis étaient sous méthadone **[81].**

On note une augmentation des patients sous méthadone dans l'étude menée chez les usagers de drogues pris en charge par le centre Addictions-Sud (Marseille). Sur les 585 patients suivis entre 1996 et 2001, 60% étaient mis sous méthadone **[61].**

2-1- Dose de méthadone

Dans notre étude la majorité des patients (40,48%) avait des doses entre 45 et 60mg. La plage suggérée pour le traitement de maintenance à la méthadone est entre 60 et 80mg/jour. L'analyse de la statistique des traitements à la méthadone dans le Canton de Vaud entre 2001-2008 montre que la dose moyenne de méthadone sous forme de sirop consommée était de 47.1mg en moyenne pour 2001 et 55.2mg pour 2007 (médiane à 50mg/jour pour 2001 et 60mg/jour pour 2007). Le médecin est la seule personne habilitée à estimer la dose souhaitable en fonction des besoins et de la tolérance liée au métabolisme de chaque patient pris individuellement. « L'objectif est le bien-être du patient et la réduction des consommations parallèles » **[53].**

En Belgique le dosage était plus faible avec 34.7mg en moyenne. Les effets bénéfiques de dosages de 60mg ou plus sont relevés dans la plupart des études, tant au point de vue de la rétention en traitement, que de l'impact sur la réduction de la poursuite de l'usage d'héroïne **[66].**

2-2- Âge

Les patients sous méthadone avaient une moyenne d'âge de 48,3 ans. La majorité des patients sous méthadone avait 50 ans et plus (49,21%), suivi de la tranche d'âge des 40-50 ans. La majorité des patients sous méthadone sont d'âge mûr ; cela peut s'expliquer par le fait que leurs capacités d'assimilation de la drogue diminuent. Aussi ils ont un long passé de consommation de drogue et les conséquences socio-économiques sont importantes, contrairement aux jeunes qui viennent de débuter leur consommation. La majeure partie ne travaille pas ; donc il leur est difficile voire impossible de trouver de l'argent pour s'acheter la drogue quotidiennement. Des résultats similaires sont retrouvés au centre « la Mosaïque », en France ; la moyenne d'âge était de 40 ans, l'âge médian de 41 ans. Le patient le plus jeune inclus avait 24 ans et le plus âgé 64 ans **[112].**

Dans une autre étude menée dans les Hauts-de-Seine la moyenne d'âge des patients sous méthadone était de 37,8 ans. Ce constat semble confirmer un certain vieillissement de la population usagère de drogue pris en charge, et une entrée plus tardive dans la substitution **[32].**

2-3- Sexe

La majorité des patients sous méthadone était des hommes avec un pourcentage de 94,4% et les femmes étaient faiblement représentées. Cela peut s'expliquer par le fait que les femmes ont peur d'être stigmatisées. Elles ont honte de leurs consommations, donc elles préfèrent se cacher. La majeure partie sont des professionnelles du sexe donc travaillent la nuit et ne sortent pas la journée. Des résultats similaires sont retrouvés dans le Canton de Vaud entre 2010-2012 où les trois quart des patients sous TSO sont de sexe masculin (74.1%) **[70].**

2-4- Statut matrimonial

La majorité des patients sous méthadone (34,92%) était divorcée. En effet, la drogue est un facteur de déclenchement des divorces pour plusieurs raisons.

L'usager de drogues n'a pas le temps de s'occuper de sa famille, car il est à la recherche du produit.

2-5- Profession

Les patients sans emploi sont majoritaires, avec un pourcentage de 51,59%. À cause de la drogue ils ont perdu leur emploi. Une enquête menée dans un Canton de la Suisse montre que les sans-emplois étaient majoritaires avec un pourcentage de 71,43% **[109].**

Il en est de même en Marseille selon E. Chantal où ils représentaient 83% de la population d'étude **[40].**

2-6- Sérologies virales

Parmi les patients sous méthadone 15 (11,9%) étaient positifs au VHC, 10 (7,94%) au VIH et 1 au VHB. Une étude menée en Suisse montre des prévalences du VIH qui se situent entre 5 et 26%, les prévalences pour l'hépatite C sont quant à elles beaucoup plus élevées puisqu'elles se situent entre 52 et 80% **[125].**

Dans l'étude menée dans le Canton de Vaud entre 2004-2006 parmi les personnes testées, 32% rapportent être positives pour l'hépatite B et 55% pour l'hépatite C. La prévalence rapportée pour le VIH s'élève à 14% chez les personnes suivant un traitement de substitution en 2005 **[52].**

Dans l'étude de C. Eymard en 2007 **[41]**, 70% des patients étaient positifs au VHC et 20% positifs au VIH.

Dans l'étude de l'AIDES, Paris 2002, on constate que 57% étaient positifs au VHC, VIH positifs 26% et VHB positif 25% **[15].**

L'hépatite C est un problème majeur chez les sujets usagers de drogue par voie intraveineuse. Dans les pays occidentaux, 30 à 60 % des hépatites C dépistées sont en relation avec un usage de drogue.

La prise en charge des hépatites virales chez un patient usager de drogues nécessite la collaboration entre un médecin psychiatre addictologue et un hépatologue.

Les traitements de substitution contribuent beaucoup à la prise en charge des usagers de drogues et notamment la prise en charge de leurs pathologies somatiques, dont le VHC. Grâce à la substitution, la prise en charge des hépatites virales des usagers peut être couplée avec le traitement de l'addiction, avec un bon niveau d'adhérence.

L'arrêt de l'usage de drogue entraîne une amélioration de l'observance et de l'efficacité des antirétroviraux chez les patients VIH. En ce qui concerne le VHC, les patients substitués peuvent être traités avec succès, même en présence de comorbidité psychiatrique, de consommation résiduelle de drogue et d'une courte durée d'abstinence préthérapeutique. Enfin, par rapport aux patients non substitués, ceux substitués accèdent plus souvent à l'évaluation et au traitement **[76].**

2-7- Prise de benzodiazépines

La prise de benzodiazépines était beaucoup plus importante avant l'inclusion dans le programme méthadone, 83 patients en ont consommé, soit 65,87%.

Nous avons noté une diminution des usagers consommateurs de benzodiazépines, après leur mise sous méthadone. Cette fréquence est passée de 83 à 18 patients. Le Rivotril était le produit le plus consommé par les usagers avant et après leur inclusion dans le programme méthadone.

En effet, ces patients substitués consomment les benzodiazépines pour lutter contre l'insomnie, l'anxiété, potentialiser l'effet de la méthadone, contrecarrer l'effet non euphorique de la méthadone, en cas de dépression pour agir sur leur humeur, pour accompagner la descente après prise de cocaïne. Il arrive aussi souvent que les benzodiazépines soient associées à une consommation d'alcool ou à d'autres substances pour rechercher une ivresse particulière.

Les benzodiazépines entraînent une dépendance, l'usage prolongée entraîne une tolérance ce qui fait que l'effet d'une dose identique s'atténue. Le médecin addictologue peut conseiller à la place des benzodiazépines un traitement psychologique.

La prise de benzodiazépine chez le patient sous méthadone à long terme expose à la dépression respiratoire. Elle peut entraîner un surdosage, un décès, l'altération de la santé physique, l'augmentation des injections de drogue, et une réduction des échanges sociaux. Ces patients ont besoin de posologie de méthadone plus importante et présentent davantage de polyconsommations, de troubles psychopathologiques. La prise de benzodiazépine diminue la demi-vie de la méthadone. Ce qui entraine une réduction de la durée de l'effet de la méthadone qui devient inférieur à 24h ; entraînant ainsi l'apparition des symptômes de sevrage (douleurs musculaires, crampe abdominale, diarrhée, stress mental) **[63].** Ce qui fait que le patient est moins motivé (prend de l'héroïne), donc pas de chance de finir une année de traitement.

Une enquête réalisée dans un centre d'accueil de Metz a montré que 65% des usagers de drogues consultés avaient consommé des benzodiazépines **[83].**

L'étude de Darke, réalisée en Australie, sur 210 consommateurs de drogues injectables a montré que 66% avaient consommé du Valium durant les 6 derniers mois et 41 % du Rohypnol **[91].**

Au Royaume-Uni, Perera et al. ont interrogé 79 patients usagers de drogues sur leur usage de benzodiazépines, 83% citaient une utilisation de Valium, devant le Rohypnol (56 %), et le Temesta (54 %) **[105].**

L'attirance et la prévalence d'usage des différentes benzodiazépines chez les sujets dépendants aux opiacés semblent varier dans le temps.

D'après Woods **[124]**, aux États-Unis, certains usagers d'héroïne rapportaient une préférence particulière pour le Valium. En Autriche, le Rohypnol s'est révélé être la benzodiazépine préférée des patients suivis, dans une population de 107 sujets traités par méthadone.

Le Rohypnol est consommé seul à de très hautes doses, à la recherche d'un effet stimulant paradoxal : état semi-conscient d'obnubilation euphorique, état ébrieux, levée des inhibitions pouvant entraîner des comportements violents, une sensation d'invincibilité **[5].**

Une étude prospective menée aux États-Unis dans des unités de patients dépendants a trouvé une consommation d'anxiolytiques, essentiellement de type benzodiazépines, chez 73,2 % des usagers d'héroïne durant l'année précédant la prise en charge. Une autre étude prospective en France a évalué à 58 % le nombre d'usagers récents de benzodiazépines parmi les personnes venant faire une demande de prise en charge pour une dépendance à l'héroïne dans la région Aquitaine. La plupart des consommateurs réguliers décrivaient une utilisation de benzodiazépines en association avec d'autres substances psychoactives. Pour la majorité des sujets interrogés, la motivation de l'usage de benzodiazépines était de renforcer le plaisir et l'effet euphorisant des opiacés **[43].**

2-8- Pathologies rencontrées

Les pathologies les plus diagnostiquées (hors hépatite, VIH et tuberculose) chez les patients sous méthadone sont les pathologies digestives retrouvées chez 34 patients, les pathologies pulmonaires chez 24 patients et les affections dentaires retrouvées chez 10 patients. En effet, les motifs de consultation étaient divers et variés, la majorité se plaignait d'algies diffuses, insomnie, grippe, constipation, anorexie, pneumopathie, problèmes dentaires, affections dermatologiques, infections urinaires, trouble du comportement, diarrhées, et vomissement.

Selon une étude suisse les pathologies fréquemment rencontrées en milieu carcéral chez des patients usagers de drogues étaient entre autres :

Dermatologiques, rhumatologiques, digestives, respiratoires, cardiovasculaires, métaboliques, neurologiques, dentaires, ophtalmologiques, infectieuses, trouble de l'humeur, trouble de la personnalité, troubles psychotiques **[103].**

L'enquête de l'observatoire Française des drogues et des toxicomanies (OFDT) d'Avril 2002 avait montré que les pathologies les plus diagnostiquées chez les usagers de drogues sont, par ordre décroissant, les pathologies pulmonaires, les pathologies dermatologiques, les pathologies ORL, les pathologies digestives, les troubles et affections psychiatriques, les pathologies infectieuses, les

pathologies cardio-vasculaires, les pathologies dentaires, et les maladies neurologiques **[29].**

L'étude sur les contacts, avec les services d'urgences dans une population d'usagers de drogues suivis en médecine générale en Belgique, montre que Les traumatismes (plaies, contusions, fractures) sont le motif le plus fréquent de visites. Les problèmes psychiatriques arrivent au deuxième rang chez les usagers de drogues. Les problèmes respiratoires arrivent au troisième rang. Les visites motivées par des infections de la peau et des tissus mous n'arrivent qu'au cinquième rang **[35].**

Conclusion

L'ampleur du problème mondial de la drogue devient plus évidente, lorsqu'on tient compte du fait que plus d'un usager de drogue sur 10, est un usager problématique qui souffre de troubles liés à l'usage de drogues. Avant de devenir un problème, la consommation de drogues est la solution illusoire en laquelle l'usager trouve un bénéfice éphémère à ses difficultés relationnelles, existentielles, sociales, et ou familiales. La dépendance est installée lorsque le consommateur ne peut plus se passer de substances sans manifester de souffrances physiques et/ou psychiques.

Le Sénégal, à l'heure actuelle, est le seul pays d'Afrique de l'Ouest à disposer d'un centre de prise en charge des usagers de drogue. En effet, loin de l'image classique de l'usager de drogue vivant à l'écart de la société, on note depuis l'ouverture du centre un grand nombre de personnes qui ont accès aux soins pour des troubles addictifs. Les opiacés, produits le plus consommés par les usagers suivis au CEPIAD, constituent depuis des années un problème de santé publique. Ils entraînent rapidement un délabrement somatique, une baisse des capacités intellectuelles et émotionnelles et une désinsertion sociofamiliale. Ils provoquent également une dépendance importante.

Plus d'un an après son introduction au Sénégal, en février 2014, le traitement de substitution aux opiacés, par la méthadone, constitue un des fondements de la politique de réduction des risques. Cela a contribué à favoriser l'accès aux soins des usagers de drogues dépendants aux opiacés et à diminuer la morbidité, la mortalité et les dommages sociaux.

Par ailleurs la mise en place d'un traitement de substitution aux opiacés, par la méthadone, a permis de réduire considérablement chez les usagers de drogues par voie intraveineuse, le nombre d'overdose, l'usage d'héroïne et la délinquance qui y est associée, ainsi que la prévalence des hépatites virales (VHC, VHB), du VIH et de la tuberculose.

L'objectif de cette étude a consisté à évaluer les aspects cliniques et de la prise en charge des patients suivis au CEPIAD, sur une période allant du 1 février 2015 au 30 mars 2016.

Les résultats ont montré que pour l'ensemble des patients suivis :

L'âge moyen de notre population d'étude est de 42,7 ans, avec des extrémités allant de 17 à 70 ans. Le genre masculin est prédominant, avec 92,78% et un sexe ratio de 12,8.

La majorité des patients sont sans activité professionnelle soit une proportion de 53,34%. Les célibataires sont majoritaires avec un pourcentage de 44%, suivi des divorcés 31%. La majorité des patients, soit 91,98% sont positive aux opiacés.

Concernant les sérologies virales, 22 patients sont positifs pour l'hépatite C, 12 patients pour le VIH et 1 patient pour l'hépatite B.

S'agissant des patients sous traitement de substitution aux opiacés, nous avons constaté que 35% sont sous méthadone.

En outre l'âge moyen des patients est de 48,3 ans, avec un minimum de 23 ans et un maximum de 68 ans. Les hommes sont majoritaires avec un pourcentage de 94,4%.

La majorité des patients sous méthadone sont sans emploi soit 51,59%.

Nous constatons une prédominance des patients divorcés avec un pourcentage de 34,92%. Concernant les sérologies virales 15 patients étaient positifs pour l'hépatite C, 10 patients au VIH et 1 patient pour l'hépatite B. La dose moyenne de méthadone des patients est de 52,94 mg, avec un minimum de 15 mg et un maximum de 135mg.

Parmi les motifs de consultations somatiques et psychiatriques, les algies diffuses sont retrouvées sur la majorité des patients. La pathologie prédominante est constituée de troubles digestifs retrouvés chez 34 patients.

Nous constatons aussi que 65,87% des patients ont consommé des benzodiazépines avant leur inclusion dans le programme méthadone. Après

l’inclusion, on note une diminution des patients ayant consommé des benzodiazépines, soit un pourcentage de 14,3%. Le Rivotril est le produit le plus consommé avec des pourcentages de 79,52% avant inclusion et 83,2%, après inclusion dans le programme méthadone.

RECOMMANDATIONS

A l'issue de ce travail les recommandations suivantes ont été formulées :

- Faire le dosage sanguin de la méthadone permettant d'ajuster les doses et d'éviter le surdosage ou un état de manque.

- Faire le dosage urinaire de la méthadone et de son métabolite (EDDP) pour avoir un diagnostic rapide sur le niveau de la métabolisation de la méthadone dès sa première prise.

- Assurer la supervision des prises d'urine pour une meilleure observance du traitement.

- Faire le génotypage des gènes du cytP450 responsable de la métabolisation de la méthadone pour une explication précise sur le caractère génétique interindividuel du patient (métaboliseurs lents, rapides, ultrarapides).

- Assurer le dépistage régulier des hépatites virales et du VIH.

- Instaurer l'emport à domicile de la méthadone pour les patients stabilisés leur permettant de poursuivre leur traitement sans contrainte de se déplacer tous les jours au CEPIAD.

- Sensibiliser les patients sous méthadone sur les interactions avec les benzodiazépines.

- Donner aux patients des conseils pour une bonne hygiène bucco-dentaire ; le sirop de méthadone contenant du saccharose, conseiller un brossage régulier des dents et un suivi odontologique.

- Favoriser le contact avec de nouvelles consommatrices afin de leurs faire bénéficier des activités de réduction des risques.

- Tenter de réduire les consommations parallèles à travers des approches thérapeutiques à orientation cognitivo-comportementale et des entretiens motivationnels.

REFERENCES

1. **AMAR, Mohamed Ben.** La polyconsommation de psychotropes et les principales interactions pharmacologiques associées. Centre québécois de lutte aux dépendances, 2007.

2. **AMERICAN PSYCHIATRISTS ASSOCIATION,** et al. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV), 1996.

3. **ANGEL P., RICHARD D., VALLEUR M.,** et al. Abrégé Toxicomanies. 2000.

4. **BARBEAU, J**. Besoin urgent d'une prise en charge de l'hépatite C chez les usagers de drogue par voie intraveineuse à Tbilissi, Géorgie : Octobre 2012. Thèse de doctorat.

5. **BARNAS, Christian, ROSSMANN, Margarethe, ROESSLER,** Haimo, et al. Benzodiazepines and other psychotropic drugs abused by patients in a methadone maintenance program: familiarity and preference. Journal of Clinical Psychopharmacology, 1992, vol.12, no 6, p. 397-402.

6. **BECCIOLINI-LEBAS, E.** Le suivi somatique dans un programme expérimental de prescription d'héroïne. 2002. Thèse de doctorat. University of Geneva.

7. **BECK, F., RICHARD, J.-B., GUIGNARD, R**., et al. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014. Tendances, 2015, no 99, p. 8.

8. **BELLO, P.-Y., TOUFIK, A., GANDILHON, M.** Tendances Récentes. Rapport TREND. OFDT, juin, 2001, vol.51

9. **BERAUD, J., MARCELLI, D., VENISSE, J.,** et al. Les facteurs psychosociaux de risque, de gravité et de protection. Usage nocif de substances psychoactives, La documentation française, 2002, p. 110-112.

10. **BERTSCHY, G.** Pratique des traitements à la méthadone. Masson, 1995

11. **BOURIN, M.** Les benzodiazépines. De la pharmacocinétique à la dépendance, 1989, vol. 2.

12. **BROCHARD, M et DANO, C**. Obstacles au suivi des patients héroïnomanes sous traitement de substitution: motivations des médecins généralistes angevins ne souhaitant pas s'impliquer dans ce suivi. 2013.

13. **BROUTIN, S., BOUTON, V.,** SINÈGRE, M., et al. Histoire naturelle et diagnostic de l'hépatite C. Journal de Pharmacie Clinique, 2006, vol. 25, no 1, p. 49-56.

14. **CADET-TAÏROU, A., COQUELIN, A., et TOUFIK, A.** CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008. Tendances, 2010, vol. 74, no 4.

15. **CALDERON, C., SOLETTI, J., GAIGI, H.,** *et al.* Attentes des usagers de drogue concernant les traitements de substitution: Expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés. *Paris: AIDES*, 2002.

16. **CANARELLI, T. et COQUELIN, A.** Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Tendances, 2009, vol. 65, p. 1-6.

17. **CAPLEHORN, J.R. ET BELL, J.** Methadone dosage and retention of patients in maintenance treatment. The Medical Journal of Australia, 1991, vol. 154, no 3, p. 195-199.

18. **CEPIAD, CNHU FANN DAKAR SENEGAL.** Référentiel : Modalité d'administration de la méthadone (MAM). Dakar, Décembre 2014,5p

19. **CHABROL, H., FREDAIGUE, N., et CALLAHAN, S**. Etude épidémiologique de l'abus et de la dépendance au cannabis parmi 256 adolescents. Encéphale, 2000, vol. 26, p. 47-49.

20. **CHANDON, M. et PERONNET, D.** Prise en charge périopératoire du patient toxicomane. Conférences d'actualisations 2003. 45e congrès d'anesthésie et de réanimation. 2003

21. **CHAPPARD, P.** La substitution aux opiacés : le point de vue des usagers. In : Annales pharmaceutiques françaises. Elsevier Masson, 2009. P. 365-368.

22. **CHEVALIER, C., NGUYEN, A., NOUGIER, I.,** et al. Comprendre le phénomène de l'addiction. Actualités Pharmaceutiques, 2015, vol. 54, no 544, p. 1-5.

23. **CHOSSEGROS, P**. Prise en charge de la toxicomanie en France. Gastroentérologie Clinique et Biologique, 2007, Vol. 31, no 8, p. 44-50.

24. **CHOSSEGROS, P.** Les complications somatiques de la toxicomanie. *Toxibase*, 1995, no 3.

25. **CHOSSEGROS, P., MELIN, P., HEZODE, C.,** et al. Un observatoire français du traitement des hépatites C chez les usagers de drogue : réponse au commentaire. Gastroentérologie Clinique et Biologique, 2009, vol. 33, no 1, p. 16-17.

26. **CLAROUX-BELLOCQ, D., DE BAILLIENCOURT, S., SAINT-JEAN, F.,** et al. Les traitements de substitution aux opiacés en France métropolitaine en 2000 : les données du régime général de l'assurance maladie, 2003, vol. 34, no 2, p. 93-102.

27. **CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES,** 10ème éd. Paris, Masson, 1993

28. **COHEN,** Fabien. Santé buccodentaire des usagers de substances psychoactives. *La Presse Médicale*, 2012, vol. 41, no 12, p. 1276-1278.

29. **COULOMB, S., DUBURCQ, A., MARCHAND, C.,** et al. Évolution de la prise en charge des toxicomanes. Enquête auprès des médecins généralistes en, 2001.

30. **COURTY, P**. Prescrire la substitution aux opiacés : de l'illégalité à la banalité. L'information psychiatrique, 2005, Vol. 81, no 5, p. 409-415.

31. **DE, P., ROY, E., BOIVIN, J.-F.,** et al. Risk of hepatitis C virus transmission through drug preparation equipement: a systematic and methodological review. Journal of viral hepatitis, 2008, vol. 15, no 4, p. 279-292

32. **DE VILLE, B. Le Dieu, CHEMIER, C., LIMIDO, G.,** *et al.* La prise en charge des toxicomanes par les traitements de substitution dans les Hauts-de-Seine. 2000.

33. **DEGLON, J.-J., BOURQUIN, M., MARTIN, J.-L.,** et al. Importance d'un dosage de méthadone individuellement adapté pour un suivi efficace des héroïnomanes polytoxicomanes. Lyon Méditerranée médical. Médecine du Sud-Est, 1998, vol. 34, no 1, p. 24-30

34. **DELILE, J.-M., REILLER, B., FOUCHER, J.**, et al. Hépatite C chez les usagers de drogues. Alcool Addictologie, 2008, vol. 30, p. 385-394.

35. **DENIS, B., DEDOBBELEER, M., BENABDERRAZIK, A**., *et al.* Les usagers de drogues suivis en médecine générale: recours fréquent aux services d'urgence mais pas toujours les bienvenus. *Santé*, 2009, no 47.

36. **DERVAUX, A. et LAQUEILLE, X.** Cannabis: usage et dépendance. *La Presse Médicale*, 2012, vol. 41, no 12, p. 1233-1240.

37. **DESCHENAU, A., IFTIMOVICI, A., et TOUZEAU, D.** Usages de drogues et mésusages de médicaments : repères utiles sur la polyconsommation. La Presse Médicale, 2016.

38. **DUPREZ, D. et KOKOREFF, M**. Les mondes de la drogue. Paris, Odile Jacob, 2000, p. 69-71.

39. **EKOUEVI, D.- K., COFFIE, Patrick A., SALOU, M.**, et al. Séroprévalence du VIH chez les usagers de drogues au Togo. Santé Publique, 2013, vol. 25, no 4, p. 491-498.

40. **EYMARD, C.** Éducation en santé des personnes addictives aux substances psycho-actives sous traitement de substitution. Recherche contextualisée dans un centre d'accueil et de soin pour personnes toxicomanes. *Recherche en soins infirmiers*, 2011, no 3, p. 107-119.

41. **EYMARD, C.** L'accompagnement à l'observance thérapeutique des personnes toxicomanes sous traitement de substitution en situation de précarité. *Drogues, santé et société*, 2007, vol. 6, no 2, p. 153-184.

42. **FANNY, C.** Pour le diplôme d'état de Docteur en Medecine. 1984. Thèse de doctorat. UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT.

43. **FATSÉAS, M., LAVIE, E., DENIS, C.,** *et al.* Sevrage aux benzodiazépines des sujets dépendants aux opiacés en traitement de substitution. *La Presse Médicale*, 2006, vol. 35, no 4, p. 599-606.

44. **FISCHER, B., VASDEV, S., HAYDON, E.,** *et al.* Acceptabilité d'un traitement du virus de l'hépatite C chez des utilisateurs de drogues injectables au Canada. *La Presse Médicale*, 2005, vol. 34, no 17, p. 1209-1212.

45. **FONQUERNIE, L., DRAY-SPIRA, R., BAMOGO, E.,** *et al.* Caractéristiques des patients nouvellement pris en charge pour une infection VIH dans un CHU parisien en 2002-2003. *Médecine et maladies infectieuses*, 2006, vol. 36, no 5, p. 270-279.

46. **FONTAA,** Vincent. *Le médecin et le toxicomane: guide pratique*. Heures de France, 2003.

47. **FOSTER, D. JR, SOMOGYI, Andrew A., DYER, Kyle R.,** *et al.* Pharmacocinétiques à l'état d'équilibre de (R) -et (S) -méthadone chez les patients d'entretien à la méthadone. *British journal of pharmacologie clinique*, 2000, vol. 50, no 5, p. 427-440.

48. **GAGNON, H.** *Développement et évaluation d'une intervention sur mesure visant à favoriser l'usage d'une seringue neuve à chaque injection chez les usagers de drogues par injection qui fréquentent les programmes d'échange de seringues*. 2008. Thèse de doctorat. Université Laval.

49. **GIBIER, L.** *Prises en charge des usagers de drogues*. Doin, 1999.

50. **GOODMAN, A.** Addiction: définition et implications. *British journal of addiction* 1990, vol. 85, n ° 11, p. 1403-1408.

51. **HOGGE, M., BÉDUWÉ, C., et VAN HUYCK, C.** Carnet 3-Situation épidémiologique relative à l'usage de drogues en Région de Bruxelles-Capitale. 2014.

52. **HUISSOUD, T., JEANNIN, A., GERVASONI, J.-P.**, *et al.* Toxicomanie dans le Canton De Vaud : Cinquième période d'évaluation 2004-2006. Cahier. *Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive*, 2007.

53. **HUISSOUD, T., GUMY, C., GERVASONI, J.-P.,** *et al.* Analyse de la statistique des traitements à la méthadone dans le canton de Vaud: Période 2001–2008. *Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive*, 2010.

54. **JARVIS, M. AE, WU-PONG, S., KNISELEY, Janet S.,** *et al.* Des altérations dans le métabolisme de la méthadone en fin de grossesse. *Journal des maladies addictives*, 1999, vol. 18, no 4, p. 51-61.

55. JAUFFRET-ROUSTIDE, M., PILLONEL, J., WEILL-BARILLET, L., *et al.* Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France-Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. *Bull Epidemiol Hebd*, 2013, p. 39-40.

56. JAUFFRET-ROUSTIDE, M., COUTURIER, E., LE STRAT, Y., *et al.* Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *Bull Epidemiol Hebd*, 2006, vol. 33, p. 244

57. JOSEPH, H., STANCLIFF, S., et LANGROD, J. Methadone maintenance treatment (MMT): a review of historical and clinical issues. The Mount Sinai Journal of Medecine, New York, 1999, vol. 67, no 5-6, p. 347-364.

58. KOOB, G. et LE MOAL, M. La toxicomanie, la dysrégulation de la récompense, et allostase. *Neuropsychopharmacology* 2001, vol. 24, no 2, p. 97-129.

59. KOZIEL, Margaret James et PETERS, Marion G. Viral hepatitis in HIV infection. New England Journal of Medecine, 2007, vol. 356, no 14, p. 1445-1454.

60. KRANTZ, M., LEWKOWIEZ, L., HAYS, H., *et al.* Torsades de pointes associées à la méthadone à très haute dose. *Annales de médecine interne*, 2002, vol. 137, no 6, p. 501-504.

61. LANÇON, C., JAQUET, I., LABRUNE, N., *et al.* Données qualitatives d'une cohorte traitée par Méthadone ou Buprénorphine Haut Dosage à Marseille, entre 1996 et 2001. *La Presse Médicale*, 2004, vol. 33, no 18, p. 11-17.

62. LAQUEILLE, X. Addiction aux substances et traitements pharmacologiques. In : *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson, 2009. p. 508-512.

63. LAQUEILLE, X., LAUNAY, C., DERVAUX, A., *et al.* L'abus d'alcool et de benzodiazépine au cours du traitement de substitution chez les toxicomanes d'héroïne: une revue de la littérature. *L'Encéphale*, 2009, vol. 35, n ° 3, p. 220-225.

64. **LAQUEILLE, X. et VAZQUEZ, V.** Aspects pharmacologiques et neurobiologiques de la méthadone dans le traitement des héroïnomanies. In : Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Elsevier Masson, 2004. P. 302-306.

65. **LE MOAL, M. et SIMON, H.** Mesocorticolimbic dopaminergic network: functional and regulatory roles. *Physiological reviews*, 1991, vol. 71, no 1, p. 155-234.

66. **LEDOUX, Y.** Synthèse de l'étude «Evaluation de la délivrance de méthadone en Belgique». *Journal de pharmacie de Belgique*, 2004, vol. 59, no 3, p. 69-79.

67. **LEPERE, B., GOURARIER, L., SANCHEZ, M.,** et al. Diminution du nombre de surdoses mortelles à l'héroïne, en France, depuis 1994. A propos du rôle des traitements de substitution. In : Annales de médecine interne. Masson, 2001. P. 1-12

68. **LEPPERT, W.** Le rôle de la méthadone dans la douleur cancéreuse au traitement d'un examen. *Revue internationale de la pratique clinique*, 2009, vol. 63, n ° 7, p. 1095-1109.

69. **LUCIDARME, D., DUBURQUE, C., YASSINE, W.,** *et al.* Évolution de l'incidence de l'infection par le virus de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France. *Hépato-Gastro & Oncologie Digestive*, 2012, vol. 19, no 2, p. 105-116.

70. **LUYET, S., GERVASONI, J.-P., et DUBOIS-ARBER, F**. Analyse des données du Dispositif Cantonal d'Indication et de Suivi pour les personnes Toxicodépendantes (DCIST).

71. **MAKOUALA, M., PLANCKE, L., HARBONNIER, J.,** *et al.* Le suivi des usagers de drogue est-il possible? *Psychotropes*, 2004, vol. 10, no 1, p. 19-46.

72. **MAXWELL, S., et SHINDERMAN, M**. Optimizing long-term response to methadone maintenance treatment: a 152-week follow-up using higher-dose methadone. *Journal of addictive diseases*, 2002, vol. 21, no 3, p. 1-12.

73. **MEGARBANE, Bruno, GUEYE, Papa, et FREDERIC, B. A. U. D.** Interactions entre benzodiazépines et produits opioïdes. 2008.

74. **MENICK, Daniel Mbassa, MVIENA, Justine Laure Menguene, et BENGUILE,** Benjamin. Addictions chez l'Africain en milieu hospitalier: bilan de 39 mois à la clinique psychiatrique de l'hôpital Jamot de Yaoundé. *Perspectives Psy*, 2012, vol. 51, no 1, p. 54-62.

75. **MOREL, A., HERVÉ, F., et FONTAINE, B.** *Soigner les toxicomanes*. Dunod, 1997.

76. **MOUSSALLI, J., MELIN, P., WARTELLE-BLADOU, C.,** *et al.* Prise en charge de l'hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 2007, vol. 31, no 8, p. 51-55.

77. **MOUTASSEM-MIMOUNI, B. et BENGHABRIT-REMAOUN, N.** Etude du lien potentiel entre usage problématique de drogues et VIH/SIDA en Algérie. 2006.

78. **MULLER, A., KOCH, B., RENÉ, F.,** *et al.* Mécanismes de la tolérance et de la dépendance aux opioïdes. In : *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation*. Elsevier Masson, 1999. p. 866-895.

79. **NUTT, David, KING, Leslie A., SAULSBURY, William,** *et al.* Développement d'une échelle rationnelle pour évaluer le mal des drogues d'abus potentiel. *The Lancet*, 2007, vol. 369, no 9566, p. 1047 à 1053.

80. **OBRADOVIC, I.,** *et al.* Characteristics of outpatients admitted in the French cannabis clinics setting for an addiction problem (2005-2007). *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2009, no 30, p. 332-335.

81. **OBRADOVIC, Ivana et CANARELLI,** Tiphaine. Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire. 2008, vol. 6, p. 7.

82. **OFDT** (Observatoire français des drogues et des toxicomanies). Drogues et dépendances, données essentielles. Paris: Découverte; 2005.

83. **OFDT** (Observatoires Français des Drogues et des Toxicomanies). Phénomènes émergents liés au drogues (2008).Tendances récentes sur le site de METZ, www.ofdt.fr (consulté le 15/05/2016)

84. **OFDT** (Observatoire français des drogues et des Toxicomanies). Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances. Paris, 1999, www.ofdt.fr (Consulté le 13/02/2016).

85.OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies). Programme de maintenance à la methadone au Maroc, 2008.

86.OFDT (Observatoire français des drogues et des Toxicomanies). Drogues chiffres clés 5eme édition, www.ofdt.fr (consulté le 11/01/2016)

87.OMS (Organisation Mondiale de la Sante). Rapport du secrétariat intérimaire et situation de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, 2005.

88.ONUDC (Office des nations unies contre la drogue et le crime)
Résumé analytique : Rapport mondial sur les drogues, 2014. Www. unodc. Org (consulté le 15/05/2016)

89. ONUDC (Office des nations unies contre la drogue et le crime). Résumé analytique : Rapport mondial sur les drogues, 2016. www. Unodc. Org (consulté le 15/05/2016)

90.PAQUIN, Isabelle. Le traitement de substitution avec méthadone au Québec : une mesure de santé publique en réadaptation. Drogues, santé et société, 2003, vol. 2, no 1.

91.PARENT, Raymond, ALARY, Michel, MORISSETTE, Carole, *et al.* Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection-Épidémiologie du VIH de 1995 à 2007-Épidémiologie du VHC de 2003 à 2007. *Québec, Institut national de santé publique du Québec*, 2011.

92. PEELE, Stanton. *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*. Lexington Books/DC Heath and Com, 1985.

93.PERDRIEAU, J.-F., BÂCLE, F., LALANDE, M., *et al.* Suivi de patients usagers de drogues en médecine générale. *Étude prospective de suivi de*, 2001, vol. 95.

94.PERERA, K.M.H., Tulley, Marianne, et JENNER, F.A. L'utilisation des benzodiazépines chez les toxicomanes. *British Journal of Addiction*, 1987, vol. 82, no 5, p. 511-515.

95. PHAN, O., CORCOS, M., GIRARDON, N., *et al.* Abus et dépendance au cannabis à l'adolescence. *EMC-Psychiatrie*, 2005, vol. 2, no 3, p. 207-224.

96. PIAZZA, P.-V. et LE MOAL, M. Bases physiopathologiques de la vulnérabilité à l'abus de drogues: le rôle d'une interaction entre le stress, les glucocorticoïdes et les neurones dopaminergiques. *Examen annuel de la pharmacologie et de la toxicologie*, 1996, vol. 36, no 1, p. 359-378.

97. POLOMENI, P. Évaluation somatique avant la mise en place du sevrage. In : *Conférence de Consensus, «Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendants aux opiacés*. 1998. p. 22-23.

98. PRADEL, V., LAPIERRE, V., THIRION, X., et al. Etude de la méthadone relais dans le département des BOUCHES-DU-RHÔNE. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2001, vol. 32, p.151.

99. REYNAUD, M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. Traité d'addictologie. Edition : Médecine-science Flammarion, 2006, p. 7-9.

100. REYNAUD, M. pathologies somatiques non infectieuses des opiacés. Traité d'addictologie. Paris édition Flammarion médecine-science, 2006, p. 566-574.

101. REYNAUD, M. Pathologies infectieuses des opiacés. Traité d'addictologie. Paris édition Flammarion médecine-science, 2006, p. 579-574.

102. REYNAUD, M. et DEGOS, J.-D. Les toxicomanies : alcool, tabac, médicaments, drogues. Maloine, 1984.

103. RIEDER, J.-P., GRAVIER, B., BERTRAND, D., *et al.* Santé en milieu pénitentiaire: vulnérabilité partagée entre détenus et professionnels de la santé. *Rev Med Suisse*, 2010, vol. 6, p. 1462-1465.

104. ROSENFELD, H. La toxicomanie. Etats psychotiques, Paris, PUF, 1976, p. 167-186

105. ROSS, J., DARKE, S., et HALL, W. Benzodiazepine use among injecting heroin users in Sydney: patterns of use, availability and procurement. Drug and Alcohol Review, 1996, vol. 15, no 3, p. 237-243.

106. SALMON-CERON, D., GOUËZEL, P., DELAROCQUE-ASTAGNEAU, E., et al. Co-infection VIH-VHC à l'hôpital. Médecine et maladies infectieuses, 2003, vol. 33, no 2, p. 78-83.

107.SCLAFER, J., AVRIL, E., BOUBILLEY, D., *et al.* Evolution de la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les patients vus à la consultation de médecine générale d'un centre de référence pour toxicomanes. *BEH*, 2003, vol. 7, p. 41-42.

108.SEE, Ronald E., FUCHS, Rita A., LEDFORD, Christopher C., et al. Drug addiction, relapse, and the amygdale. Annals of the New York Academy of Sciences, 2003, vol.985, no 1, p. 294-307.

109.SENN, S., NEEDHAM, I., et ANTILLE, S. Relation entre l'alliance thérapeutique infirmière-patient, et les contrôles perçus par le patient en traitement de dépendances: une étude corrélationnelle descriptive. *Recherche en soins infirmiers*, 2012, no 1, p. 30-42.

110.SHAHAM, Y., SHALEV, U., LU, L., et al. The reinstatement model of drug relapse: history, methodology and major findings. Psychopharmacology, 2003, vol. 168, no 1-2, p. 3-20.

111.SORGE, F., GOISSET, P., et LERT, F. Prescription de traitement de substitution opiacée en SEINE SAINT DENIS-Janvier 1999. BEH, 2001, vol. 20, p.3.

112.TARJUS T. Dépendance au tabac chez les patients sous traitement substitutif aux opiacés.2012. Thèse de doctorat.

113. THIRION, X., MICALLEF, J., GUET, F., et al. Dépendance aux psychotropes et traitements de substitution : tendances récentes : A propos de l'enquête OPPIDUM des Centres d'Evaluation et d'Information sur les Pharmacodépendances (CEIP) d'octobre 1997. Thérapie, 1999, vol. 54, no 2, p. 243-249

114.TOUZEAU, D. Addictions et médecine. *La Presse Médicale*, 2012, vol. 41, no 12, p. 1201-1208.

115.TOUZEAU, D. et BOUCHEZ, J. La méthadone. Revue documentaire Toxibase, 1998, vol. 2, p. 1-12.

116.TREMEAU, F., DARREYE, A., KHIDICHIAN, F., et al. Impact d'un traitement de substitution par méthadone sur des sujets dépendants aux opiacés évalué par l'Addiction Severity Index et des contrôles urinaires. L'Encéphale, 2002, vol. 28, no 5, p. 448-453.

117. VALLEUR, M. et MATYSIAK, J.-C. Les addictions : Panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge. Edition Armand Colin, 2006

118. VAVASSORI, D., HARRATI, S., et FAVARD, A.-M. Le processus de sortie de la toxicomanie : l'attrition. Psychotropes, 2003, vol. 9, no 2, p. 83-101.

119. VAZQUEZ, V., GURY, C., LAQUEILLE, X. Méthadone : de la pharmacocinétique à la pharmacologie clinique. L'Encéphale, 2006, vol. 32, no 4, p. 478-486.

120. VELEA, D. Conditions préalables générales au sevrage. Prise en compte des contextes somatique, psychique et social dans la durée. 1998.

121. VELEA, D. Toxicomanie et conduites addictives, Edition heure de France, 2005

122. VOLKOW, N. D. et LI, T.-K. Drug addiction: the neurobiology of behaviour gone awry. *Nature Reviews Neuroscience*, 2004, vol. 5, no 12, p. 963-970.

123. WACD (West Africa Commission on Drugs). Drogues, Etats et société en Afrique de l'Ouest : Rapport indépendant de la Commission Ouest-Africaine sur les Drogues. Juin 2014 p 42-53

124. WOODS, James H., KATZ, Jonathan L., et WINGER, Gail. Abuse liability of benzodiazepines. Pharmacological reviews, 1987, vol.39, no 4, p. 251-413.

125. ZOBEL, F. et DUBOIS-ARBER, F. Pour un système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/SIDA en Suisse : Situation et évolution des comportements à risque chez les consommateurs de drogue, 2006.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Critères pour le diagnostic de troubles addictif (GOODMAN, 1990)

A. Echecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.

B. Sentiment de tension augmentant avant de débuter le comportement.

C. Sentiment de plaisir, de soulagement en entreprenant le comportement.

D. Sentiments de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement.

E. Au moins 5 des items suivants :

1. Fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation.

2. Fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée.

3. Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement.

4. Importante perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets.

5. Réalisation fréquente du comportement lorsque des occupations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies.

6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement.

7. Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement.

8. Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité.

9. Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi.

F. Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

ANNEXE 2 : critères de dépendance selon le DSM-IV

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois ou plus des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois.

1) Tolérance définie par l'un des symptômes suivant :

a) besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré

b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance

2) Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

a) syndrome de sevrage caractéristique de la substance

b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

3) La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu

4) Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance

5) Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit, ou à récupérer de ses effets

6) Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance

7) L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance

c) Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoigne la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage

d) Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet

désiré. (Certains sujets dépendants de l'alcool ou des opiacés peuvent consommer des doses quotidiennes qui seraient létales ou incapacitantes chez des sujets non dépendants)

e) Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets

f) Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (par exemple atteinte hépatique due à des excès alcooliques, épisode dépressif après une période de consommation importante ou altération du fonctionnement cognitif lié à la consommation d'une substance). On doit s'efforcer de préciser que le sujet était au courant, ou qu'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

ANNEXE 3 : Critères de dépendance de la CIM-10

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement. Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ; 2. Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;

3. Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;

4. Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;

5. Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;

6. Poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Annexe 4 : Les principaux effets des opiacés

Zone d'action	Effet
Centres respiratoires	Dépression respiratoire, bronchoconstriction (à l'origine des surdoses mortelles)
Centres de la toux (bulbe rachidien)	Dépression : inhibition du réflexe de la toux
Système cardio-vasculaire	Vasodilatation périphérique avec hypotension artérielle, bradycardie sinusale
Fibres musculaires lisses	Spasmes multiples, rigidité musculaire
Thalamus, tronc cérébral, corne dorsale de la moelle épinière	Analgésie, altération du seuil d'équilibre de la régulation thermique, myosis, sédation, altération de la vigilance, euphorie, troubles de l'humeur
Hippocampe	Diminution du seuil épileptogène
Trigger zone et appareil vestibulaire	Nausées et vomissements
Peau	Prurit
Vessie	Rétention urinaire (effet antidiurétique par augmentation de l'ADH, diminution de la tonicité du détrusor, augmentation du tonus du sphincter vésical, inhibition du réflexe d'évacuation urinaire)

Estomac	Diminution de la sécrétion d'acide chlorhydrique, de la motilité gastrique, augmentation du tonus de repos
Intestin	Diminution des sécrétions biliaires, pancréatiques, intestinales, augmentation du tonus de repos
Colon	Constipation
Vésicule biliaire	Hausse de la pression vésiculaire, contraction du sphincter d'oddi

Annexe 5 : RÈGLES DE FONCTIONNEMENT RELATIVES AUX CONDITIONS D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT AU CEPIAD

Ce présent document définit les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein du Centre de Prise en Charge Intégrée des Addictions de Dakar (CEPIAD) ou s'applique également la charte du malade (Arrêté n° 005776 du 17 juillet 2001).

Il a été élaboré par le comité de gestion du CEPIAD après consultation du personnel et des usagers et validé par le comité de pilotage du centre.

Valable cinq ans, il est révisable dès lors que cela est nécessaire.

Ce document ainsi que le livret d'accueil sont remis à toute personne reçue, ou à son représentant légal, et à toute personne exerçant dans l'établissement.

Il est affiché dans les locaux du centre.

Article 1 : Les modalités de l'accompagnement médico-social des personnes accueillies au CEPIAD relèvent d'une équipe pluridisciplinaire sous la direction du Coordonnateur Technique du CEPIAD et la supervision, du Chef de Service de Psychiatrie.

Article 2 : Les objectifs et les étapes de la prise en charge sont déterminés conjointement par l'équipe et l'usager sous forme d'engagements réciproques.

Article 3 : Le CEPIAD est un lieu à vocation médico-psychosociale. Aucune drogue, alcool ou médicaments non prescrits ne peuvent y être consommés. Tout trafic ou échange de produit ou objet est prohibé.

Article 4 : Toute manifestation de violence - y compris verbale - est interdite. Le vol, le port d'armes, de quelque nature qu'elles soient, sont interdits.

Article 5 : Le CEPIAD est un lieu de passage et non un lieu d'habitation: les bagages ou objets divers ne peuvent pas y être déposés.

Article 6 : Tout regroupement devant le service pendant et en dehors des heures d'ouverture est interdit afin de ne pas troubler le voisinage.

Article 7: Le personnel et les usagers sont tenus de respecter les consignes de sécurité et d'hygiène du Centre.

Article 8 : Après consentement de l'usager, les données recueillies au cours des consultations seront informatisées. L'accès à ces données est sécurisé, limité au personnel du centre. Tout usager a le droit d'accéder à ses données personnelles et de demander à les rectifier conformément à la loi portant sur la Protection des données à caractère personnel (Loi n° 2008-12 du 25 janvier 2008).

Article 9 : Le CEPIAD est un lieu d'accueil, de consultation et de soins, les manquements à ces règles de fonctionnement entraînent une invitation à sortir momentanément, voire définitivement du lieu.

Cepiad
Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions de Dakar

REGLES DE FONCTIONNEMENT DU CENTRE

CNHU DE FANN DECEMBRE 2014

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes Condisciples.

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la Santé Publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

PERMIS D'IMPRIMER

Vu :

Le président du jury

Vu :

Le Doyen……

Vu et Permis d'imprimer

Pour le recteur, le Président de l'assemblée d'Université Cheikh Anta Diop de Dakar et par délégation

Le Doyen