



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

159 639

DOUBLE

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY I
2002

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 32

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Marie-Hélène LUNARDI

Le 13 mai 2002

**« LES CURES DE SEVRAGES DES DEPENDANCES
AUX OPIACES »**

Bilan d'activité du CHU NANCY de 1994 à 1998

Examineurs de la thèse :

M.	Henry LAMBERT	Professeur	Président
Mme	Colette VIDAILHET	Professeur	Juges
M.	Pierre-Edouard BOLLAERT	Professeur	
M.	Bernard KIERZEK	Docteur en médecine	



BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D



THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Marie-Hélène LUNARDI

Le 13 mai 2002

**« LES CURES DE SEVRAGES DES DEPENDANCES
AUX OPIACES »**

Bilan d'activité du CHU NANCY de 1994 à 1998

Examineurs de la thèse :

M.	Henry LAMBERT	Professeur	Président
Mme	Colette VIDAILHET	Professeur	Juges
M.	Pierre-Edouard BOLLAERT	Professeur	
M.	Bernard KIERZEK	Docteur en médecine	

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Henry COUDANE

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur François STREIFF

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Pierre ARNOULD – Roger BENICHOX – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – François STREIFF – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur François PLENAT

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Jean-Claude HOFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS

Professeur Hervé BOUAZIZ

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Paul VERT – Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Pierre DROUIN – Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27^{ème} section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK

Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIEWSKI – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Mickaël KRAMER

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel DUC
Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER
Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972) <i>Université de Stanford, Californie (U.S.A)</i>	Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>
Professeur Paul MICHIELSEN (1979) <i>Université Catholique, Louvain (Belgique)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>
Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeur James STEICHEN (1997) <i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)</i>
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982) <i>Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)</i>	
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	
Professeur Harry J. BUNCKE (1989) <i>Université de Californie, San Francisco (U.S.A)</i>	
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) <i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>	

A NOTRE PRESIDENT,

Monsieur le professeur LAMBERT H.

Professeur de Réanimation médicale

Chevalier dans l'ordre des palmes académiques

Vous nous avez fait l'honneur de présider cette thèse.

Nous avons su apprécier durant nos études la qualité de votre enseignement et vos qualités humaines.

Veillez trouver ici, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOS JUGES,

Madame le Professeur VIDAILHET C.
Professeur de Pédopsychiatrie

Nous vous remercions d'accepter de juger cette thèse.
Nous avons su apprécier votre disponibilité et votre gentillesse.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

Monsieur le Professeur BOLLAERT P-E.
Professeur de Réanimation médicale

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et nos
sincères remerciements.

Monsieur le Docteur KIERZEK B.
Docteur en psychiatrie

Vous nous avez fait l'honneur de participer à cette thèse.
Nous vous remercions très sincèrement du soutien que vous nous avez
apporté dans l'élaboration de ce travail et du temps que vous nous avez
accordé.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A Madame Florence GIRARD

Statisticienne,

Qui nous a permis de tirer les conclusions de notre étude.

A Madame Françoise RASPILLER et le Centre Anti-poison

Qui m'ont accueilli et aidé à l'étude des dossiers.

A toute l'équipe de l'UFATT,

Sympathique et disponible.

Au Docteur Paolo DI PATRICIO

Qui m'a permis de faire mes premières armes dans ce métier qui est celui de médecin généraliste.

A MES PARENTS,

Qui ont su mettre toutes les chances de mon côté, je leur suis reconnaissante du soutien qu'ils m'ont apporté tout au long de ces années.

**A MES FRERES ET SOEURS,
ET LEURS CONJOINTS**

qui ont su se démener à temps pour concrétiser cet ouvrage ;
sans oublier leurs enfants, Carline et Paul.

A MON TITOU,

Qui a su être tolérant devant le stress que je lui ai infligé.

A ERIC ,

Qui, je l'espère, saura être à l'écoute, m'épauler tout le restant de ma vie.

A MES GRANDS-PARENTS,

A vous tous, je vous remercie d'avoir été là quand il fallait et je vous témoigne aujourd'hui, mon affection.

A MES AMIS,

Qui ont cru en moi malgré le temps qui s'écoulait.
Merci d'être présent ce jour.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	Page 20
--------------------------	----------------

I LES DIFFERENTES METHODES DE SEVRAGE.....	Page 22
---	----------------

A- GENERALITES.....	Page 23
----------------------------	----------------

B- AMBULATOIRE OU HOSPITALIER ?.....	Page 24
---	----------------

1. Ambulatoire.....	Page 24
----------------------------	----------------

2. Hospitalier.....	Page 25
----------------------------	----------------

3. Le contrat de sevrage.....	Page 25
3.1 <u>Principes du contrat</u>	
3.2 <u>Rôle du contrat</u>	

C- MOYENS DE SEVRAGE.....	Page 27
----------------------------------	----------------

1. Baisse progressive des doses.....	Page 27
1.1 <u>Palfium, Morphine, Dolosal, Fortal</u>	
1.2 <u>La Buprénorphine</u>	
1.3 <u>La Méthadone</u>	

2. Suppression immédiate des opiacés.....	Page 28
2.1 <u>Les neuroleptiques</u>	
2.2 <u>Les traitements symptomatiques</u>	
2.2.1 Le traitement anxiolytique	
2.2.2 Hypnotiques non barbituriques	
2.2.3 Antalgiques anti-spasmodiques	

3. Les Alpha 2 stimulants.....	Page 30
3.1 <u>La Clonidine</u>	
3.1.1 Mode d'action de la Clonidine	
3.1.2 Modalités de traitement	
3.1.3 Effets secondaires	

3.2	<u>Autres alpha 2 agonistes</u>	
3.2.1	<u>Lofexidine</u>	
3.2.2	<u>Guanfancine</u>	
3.2.3	<u>Guanoxabenz</u>	
3.3	<u>Conclusion</u>	
4.	Sevrage Minute.....	Page 34
5.	Autres moyens médicamenteux.....	Page 34
5.1	<u>L'apomorphine</u>	
5.2	<u>L'acetylsalicylate de Lysine</u>	
5.3	<u>D.S.I.P.</u>	
5.4	<u>Les bêta-bloquants</u>	
5.5	<u>Baclofène</u>	
6.	Electrothérapie.....	Page 35
6.1	<u>Principe</u>	
6.2	<u>Avantages</u>	
6.3	<u>Bénéfices</u>	
6.4	<u>Effets secondaires</u>	
6.5	<u>Conclusion</u>	
7.	Autres moyens techniques.....	Page 37
7.1	<u>L'acupuncture</u>	
7.2	<u>Guérison sans traitement</u>	
8.	Conclusion.....	Page 38
D- POST CURE.....		Page 38
1.	Définition-principes.....	Page 38
2.	Le syndrome déficitaire.....	Page 39
1.1	<u>Clinique</u>	
1.2	<u>Traitement chimiothérapique</u>	
3.	Prise en charge psychologique.....	Page 40
4.	Post-cure ambulatoire.....	Page 40
5.	Les centres de post-cure.....	Page 41
5.1	<u>Les foyers ruraux</u>	
5.2	<u>Les foyers urbains</u>	
6.	Les familles d'accueil.....	Page 41

E- LA SUBSTITUTION..... Page 42

1. Définition.....	Page 42
2. Rôle.....	Page 43
3. La méthadone.....	Page 43
3.1 <u>Propriétés pharmacologiques</u>	
3.2 <u>Protocole</u>	
3.3 <u>Bilan cinique</u>	
3.3.1 Phase médicale	
3.3.2 Phase de déception	
3.3.3 Phase de reconstruction	
3.4 <u>Indications</u>	
3.5 <u>Limites</u>	
3.6 <u>Résultats</u>	
3.7 <u>Conclusion</u>	
4. La buprénorphine (TEMGESIC).....	Page 47
5. La naltrexone (NALOREX).....	Page 48
6. Conclusion.....	Page 48

II BILAN DES CURES DE SEVRAGE..... Page 49

A- INTRODUCTION..... Page 50

B- MATERIEL ET METHODES..... Page 50

1. Critères d'inclusion.....	Page 50
2. Méthodes.....	Page 51
2.1 <u>Dossiers d'A.R.M.</u>	
2.2 <u>Dossiers U.F.A.T.T.</u>	

C- METHODE STATISTIQUE.....	Page 52
D- RESULTATS.....	Page 52
1. Profil du patient.....	Page 52
1.1 <u>Sexe</u>	
1.2 <u>Age</u>	
1.3 <u>Situation matrimoniale</u>	
1.4 <u>Statut étudiant</u>	
1.5 <u>Logement</u>	
1.6 <u>Protection sociale</u>	
1.7 <u>Niveau scolaire</u>	
1.8 <u>Activité professionnelle</u>	
1.9 <u>Situation familiale</u>	
2. Motifs d'hospitalisation / passé du toxicomane.....	Page 56
2.1 <u>Origine de la demande</u>	
2.2 <u>Profil sérologique</u>	
2.3 <u>Biologie d'entrée / toxiques urinaires</u>	
2.4 <u>Signes cliniques d'entrée</u>	
2.5 <u>Incarcérations / condamnations</u>	
2.6 <u>Antécédents personnels</u>	
2.7 <u>Age de début de la toxicomanie</u>	
2.8 <u>Produits principaux de départ</u>	
2.9 <u>Produit principal consommé lors de la 1^{ère} admission</u>	
2.10 <u>Produits secondaires utilisés dans les 12 derniers mois</u>	
2.11 <u>Substitution antérieure</u>	
3. Caractéristiques de la cure.....	Page 60
3.1 <u>Nombre de cures</u>	
3.2 <u>Répartition des cures</u>	
3.2.1 Par année	
3.2.2 Par durée du séjour	
3.2.3 Par saison	
3.3 <u>Durée moyenne des cures</u>	
3.3.1 Non menées à terme	
3.3.2 Menées à terme	
3.4 <u>Nombre de cures en fonction de l'âge du patient</u>	
4. Déroulement de la cure.....	Page 64
4.1 <u>Contrat / protocole</u>	
4.2 <u>Surveillance clinique</u>	
4.3 <u>Ordonnance de sortie</u>	
4.4 <u>Orientation / suivi post-sevrage</u>	
5. Recherche des facteurs liés à la réussite de la cure.....	Page 65

E- DISCUSSION.....	Page 66
1. Difficultés méthodologiques.....	Page 66
1.1 <u>Dossier A.R.M.</u>	
1.2 <u>Dossier U.F.A.T.T.</u>	
1.3 <u>Conclusion</u>	
2. Discussion de l'étude.....	Page 68
2.1 <u>Incarcérations / interpellations</u>	
2.2 <u>Sexe, âge, âge de début</u>	
2.3 <u>Nombre de cures</u>	
2.4 <u>Milieu socio-professionnel</u>	
2.5 <u>Déroulement de la cure</u>	
F- CONCLUSION.....	Page 71
III OUTILS PRECONISES DANS LE SUIVI DU TOXICOMANE.....	Page 73
A- INTERROGATOIRE / EXAMEN CLINIQUE.....	Page 74
B- SCORE DE HANDELSMAN.....	Page 77
1. Echelle subjective du sevrage aux opiacés (ESSO)	Page 77
2. Echelle objective du sevrage aux opiacés (EOSO)	Page 79
C- PROTOCOLE / CONTRAT.....	Page 81
1. Biologie.....	Page 81
2. Examens complémentaires.....	Page 81
3. Substitutions utilisées.....	Page 84
4. Conditions d'inclusion.....	Page 84



D- LETTRE DE SORTIE..... Page 87

E-CONCLUSION..... Page 87

CONCLUSION..... Page 88

BIBLIOGRAPHIE..... Page 90

ANNEXES..... Page 104

INTRODUCTION

On peut se poser la question de la nécessité d'une nouvelle étude concernant un thème supposé jusqu'à lors connu, qu'est celui de la toxicomanie.

Ne faut-il pas revoir les modalités de sevrage et de suivi chez les patients dépendants aux opiacés devant l'effet de masse qui a transformé une question clinique en un véritable problème de santé publique ?

L'évolution vers une polytoxicomanie et un mode de traitement par substitution rend la situation des personnes concernées de plus en plus complexe et les professionnels de santé ainsi que l'entourage du patient ont de plus en plus de mal à se comprendre, à s'entendre sur des repères et des indicateurs communs.

La difficulté est de procurer aux patients dépendants un lien social suffisamment fort pour pouvoir suivre leur cheminement.

Aussi, allons-nous répertorier les différentes méthodes de sevrage pouvant être réalisées en ambulatoire ou en milieu hospitalier, sans oublier les modalités de la post-cure, période longue et jalonnée de nombreuses rechutes faisant appel à un travail d'équipe.

Au travers d'un bilan des cures de sevrage réalisées en Annexe de Réanimation Médicale (A.R.M.) du C.H.U. de Nancy entre 1994 et 1998 nous essayerons d'étudier l'évolution de la toxicomanie.

Le profil du toxicomane a-t-il changé et nécessite-t-il une prise en charge différente d'il y a quelques années ?

Avec l'équipe de l'U.F.A.T.T. (Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes) nous essayerons de répondre à cette question. En effet, les professionnels qui suivent ces patients dépendants ont un véritable rôle d'accompagnateur dans la prise en charge et le devenir du toxicomane.

Il faut cependant, ne pas oublier que l'étude réalisée s'arrête en 1998 soit deux ans environ après le début de la substitution en France.

Aujourd'hui plus de la moitié des sujets sevrés sont sous Subutex ou Méthadone et sont des personnes réinsérées.

Il faudra donc remettre ce bilan dans son contexte qu'est celui des années 94/98.

Néanmoins une chose reste certaine. Une bonne connaissance de l'historique de la toxicomanie est nécessaire à la prise en charge du patient.

Aussi pourrions-nous proposer une ébauche de protocole qui simplifierait la tâche des professionnels de santé à l'entrée du patient dans le service. Ces données précieuses pour l'élaboration d'un projet thérapeutique permettraient peut être un suivi moins aléatoire du devenir du toxicomane qui continu aujourd'hui à être mal connu.

I - DIFFERENTES METHODES DE SEVRAGE

A- GENERALITES

Le sevrage d'un toxicomane représente la désintoxication d'une substance entraînant une dépendance physique avec correction des désordres biologiques occasionnés par son arrêt, mais aussi un travail de deuil psychologique ayant pour but d'exister autrement qu'au travers de la drogue.

La réalisation d'un sevrage reste l'étape initiale déterminante d'une longue prise en charge globale, continue ou discontinue du patient. (88)

La demande est souvent ambiguë. Elle est souvent motivée par l'état de manque, des problèmes somatiques ou des pressions extérieures initiales ou judiciaires, représentant pour le toxicomane plus une solution d'attente, qu'il faut cependant considérer en urgence.

A l'opposé le discours du soignant tend vers une solution définitive qui demande réflexion et préparation afin de mettre toutes les chances de son côté.

L'ambivalence de ces discours rend compte des difficultés rencontrées à l'instauration d'une relation thérapeutique nécessaire à la réussite du sevrage. (22) (88)

Ce sera aussi le moment des bilans somatique, biologique et psychologique, le toxicomane étant souvent amaigri, carencé, exposé aux infections diverses et dans un état mental fragile avec un rythme nycthémeral perturbé. (88) (90)

Il faut noter qu'aujourd'hui, il faut faire face à une polyintoxication contrairement aux années 70 où nous étions confrontés à une monointoxication. Ceci rend la toxicomanie plus difficile à cerner, d'autant que les facteurs biologiques de la dépendance et les facteurs sociologiques interviennent.

La démarche thérapeutique doit donc être diversifiée et adaptée à la personne du toxicomane avec une phase de préparation et d'évaluation afin d'éviter les échecs nuisibles au devenir du patient. (30) (43)

B- AMBULATOIRE OU HOSPITALIER ?

1. Ambulatoire

La demande de sevrage, souvent ambiguë, amène à confondre dépendance physique et psychologique.

Aussi des substances comme les amphétamines ou la cocaïne ne donnant pas lieu à une dépendance entraînent des désagréments psycho-pathologiques interprétés par le patient comme état de manque. Ces demandes de sevrage, qu'il faut prendre en compte, peuvent être conçues en ambulatoire .(88)

Dans les cas de réelles dépendances physiques, un sevrage ambulatoire est possible si le praticien s'entoure de toutes les garanties nécessaires à la réussite .(22)

La motivation du patient, la qualité des conditions de vie et de son entourage, le type de produit et l'ancienneté de l'intoxication seront des facteurs déterminants sur le choix du sevrage en ambulatoire.

Il faudra aussi s'assurer au cours d'entretiens préalables de la rupture possible avec le milieu d'approvisionnement.

Un traitement pourra alors débuter avec un suivi régulier tous les 2 ou 3 jours, voire initialement quotidiennement. Le sevrage sera le plus souvent total et immédiat, les posologies strictes, maximales les quatre premiers jours, réduites progressivement et à moduler suivant le patient, ceci pour une durée déterminée et non renouvelable.

Le traitement médicamenteux associe classiquement anti-spasmodiques, antalgiques et somnifères non barbituriques.

Il sera accompagné d'une prise en charge sociale et psychologique.(32) (114)

Les indications des cures en ambulatoires sont donc très restreintes d'autant que les monotoxicomanies sont rares. (22) (30) (74) (90)

2. Hospitalier

L'hospitalisation s'impose dans le sevrage aux barbituriques, aux benzodiazépines et aux opiacés car toute toxicomanie entraînant une dépendance physique est susceptible d'accident au moment de l'arrêt de l'intoxication. (43)

De plus, la réussite du sevrage est étroitement liée à la rupture avec son milieu familial et social. Aussi, l'hospitalisation est un bon moyen de créer cette rupture. (22) (88) (90) (119)

Le bilan somatique et des affections intercurrentes est aussi un argument plaidant en la faveur de la désintoxication hospitalière. (17) (88)

Comme en ambulatoire, le sevrage hospitalier demande une préparation à court, moyen et long terme. Le patient sera volontaire, acceptera un contrat qu'il devra respecter scrupuleusement sous peine de rupture de la cure.

3. Contrat de sevrage

Il consiste en des accords verbaux et écrits stipulant les modalités de la cure.

3.1 Principes du contrat :

Chaque établissement possède son propre contrat ; mais la base reste similaire : le volontariat est de mise.

- La durée du séjour est fixée dès le départ et préconise en général un isolement de 8 jours.
- Pendant ce temps aucune visite ou contact téléphonique n'est permis. Les sorties se font accompagnées d'un membre du personnel soignant dans le cadre de la structure hospitalière afin de respecter la rupture avec le milieu extérieur.
- Le patient s'engage à ne pas consommer d'alcool ou de stupéfiants et accepte d'être fouillé afin d'éviter un approvisionnement extérieur.

- De même, le toxicomane doit s'engager à bien suivre le traitement prescrit qui sera réajusté une fois par jour, le matin, avec l'équipe médicale.
- En aucun cas le traitement ne sera modifié par le cadre infirmier dans la journée et l'appel au médecin de garde ne se fera que dans des cas exceptionnels.
- Le sujet bénéficie, en général, d'une chambre seule et est le seul patient toxicomane dans l'unité de soins ; ceci afin d'éviter de reconstituer une micro-société centrée sur la drogue.

Une rupture du contrat sous quelque prétexte que ce soit entraîne une sortie du service avec entretien préalable. (17) (74)

3.2 Rôle du contrat :

Il a un but thérapeutique.

- Le temps d'attente de la cure permet au toxicomane de sortir de son état d'urgence permanent lié au besoin.
- Il redonne un sens à certains actes de la vie relationnelle alors que le toxicomane était animé par le seul besoin du toxique.
- Il incite le patient au respect des règles de vie en institution et aux notions de loi et de transgression.
- Il revalorise son estime de soi en conservant l'expérience positive d'un acte volontaire.
- Il permet une prise de conscience de ses limites par la réalisation de l'isolement.
- Il reconstitue un espace intérieur souvent déstructuré en évitant le contact avec l'extérieur et en établissant une relation interne avec le personnel soignant.
- Il permet une reconnaissance du corps souvent délaissé par le toxicomane.

C – LES MOYENS DE SEVRAGE

1. Baisse progressive des doses. (43) (72) (88) (90) (117) (119)

1.1 Palfium, Morphine, Fortal, Dolosal

Cette technique utilisée il y a quelques années est maintenant délaissée au profit d'un sevrage rapide de la substance toxicomanogène.

Palfium, Morphine, Dolosal, Fortal à doses dégressives, associés à un traitement symptomatique par analgésiques de synthèse (pethidine ou dextromoramide), eux aussi toxicomanogènes, ont souvent fait l'objet d'abus et prêtent aux surenchères de la part du toxicomane.

En effet, le problème de la détermination de la dose initiale reste approximative, fixée aléatoirement par rapport aux signes souvent majorés par le patient. La réduction progressive des doses se fait dès le deuxième ou troisième jour et est guidée par les signes du syndrome d'abstinence.

Cette demande pressante du patient oblige un sevrage en milieu hospitalier afin d'apprécier au milieu le syndrome de manque et éviter une prescription excessive d'antalgiques motivée par la rupture d'approvisionnement sans authentique motivation thérapeutique.

Si cette méthode devait encore être utilisée, on préférerait la pentazocine : Fortal qui paraît moins euphorisante et moins dépressogène que les autres.

1.2 La Buprémorphine (TEMGESIC)

En sublingual, comprimé à 0,2mg, elle a été préconisée dans le syndrome d'abstinence.

Cette méthode qui pourrait s'effectuer en ambulatoire sur 3 à 4 jours s'avérerait plus efficace que la clonidine dans le sevrage aux opiacés. (2) (17) (53)

1.3 La Méthadone

Utilisée dans le sevrage avec baisse progressive des doses sur une dizaine de jours est aussi une méthode qui semble assurer un maximum de confort en évitant au mieux les incidents de sevrage.

Administrée per os, sa demi-vie longue permet un plateau de 24-36 heures avec une prise quotidienne en saturant les récepteurs morphiniques de façon continue.

La dose initiale est fixée approximativement suivant les signes du syndrome de manque et en fonction de l'intensité de l'intoxication. Elle se situe entre 30 et 60 mg / jour diminuée par paliers de 5 mg en 8 à 10 jours. (22) (43) (88) (117) (119)

Le Chlorhydrate de méthadone, morphinique d'activité antalgique puissante, permet de supprimer le syndrome d'abstinence et même, à la surprise des toxicomanes, d'avoir des effets légèrement stimulants améliorant l'état général et rendant son interruption difficile.

Il faut donc faire attention car l'utilisation au long cours peut entraîner une toxicomanie beaucoup moins asservissante. (72)

Cette molécule est aujourd'hui réservée aux traitements de substitution ou dans des cas particuliers comme chez la femme enceinte ou en milieu carcéral. (17) (90)

2. Suppression immédiate des opiacés

Cette méthode associant arrêt brutal des opiacés et traitement symptomatique du syndrome de manque est la règle surtout quand le sevrage s'opère en ambulatoire.

2.1 Les Neuroleptiques (17) (74) (88) (90) (119)

L'usage des neuroleptiques est toujours controversé et ceci pour 2 raisons principales :

- leur faible efficacité dans la prévention du syndrome de manque,
- leurs nombreux effets secondaires extra pyramidaux et neurovégétatifs ainsi que quelques rares états confusionnels.

Ils présentent cependant l'avantage de ne pas donner lieu à une pharmacodépendance tout en ayant un effet anxiolytique important.

Les principaux utilisés sont : - Chlorpromazine (LARGACTIL),
- Levomepromazine (NOZINAN),
- Haloperidol (HALDOL),
- Cyanemazine (TERCIAN),
- Sulpiride (DOGMATIL).

Ils sont, en général, arrêtés entre le cinquième et le sixième jour, mais la plupart des auteurs s'accordent à dire qu'il faut réserver l'usage des neuroleptiques aux insomnies rebelles.

2.2 Le traitement symptomatique (30) (74) (88) (117)

Le traitement classique consiste à la suppression totale des opiacés avec une association thérapeutique plurisymptomatique.

2.2.1 Le traitement anxiolytique

Les plus utilisés sont les benzodiazépines à demi-vie longue qui évitent au maximum le risque de pharmacodépendance lié au phénomène de rush, contrairement aux benzodiazépines à demi-vie courte.

Elles rétablissent un rythme nycthémeral et luttent contre l'anxiété de l'état de manque.

Les plus utilisés :
- Diazépam : (VALIUM),
- Chlorezépam : (TRANXENE).

2.2.2 Hypnotiques non barbituriques

Prescrits au coucher pour lutter contre l'insomnie, ils s'utilisent avec précaution de part leur côté toxicomanogène :
- Flunitrazépam (ROHYPNOL),
- Cyaménazine (TERCIAN).

2.2.3 Antalgiques antispasmodiques

- Paracétamol,
- SPASFON,
- VISCERALGINE.

Ils sont utiles pour pallier aux crampes musculaires, aux douleurs viscérales et surtout abdominales.

3- Les Alpha 2 Stimulants :

Ils deviennent le traitement de référence en matière de sevrage en association avec le traitement symptomatique.

3.1 La Clonidine

3.1.1 Mode d'action de la Clonidine (17) (88) (90).

Cette méthode repose sur les théories biochimiques du syndrome de manque aux opiacés interprétés comme une hyperactivité du système noradrenergique.

Des études réalisées chez le singe montrent que la stimulation du locus coeruleus provoque l'apparition de signes de manque, effets inversés par l'administration de morphine, de clonidine ou d'enkephaline.

Le dosage sanguin du métabolite de la noradrenaline augmente lors du syndrome de sevrage et diminue lors de l'administration de la clonidine ou de la morphine.

De même l'enregistrement de signaux neuronaux montrent une inversion de l'hyperactivité adrénergique après administration de la clonidine.

Il existerait donc des interactions des opiacés avec des zones noradrenergiques tel que le locus coeruleus, régulées par des récepteurs morphiniques et alpha 2 adrénergiques qui serviraient de relais à certains effets des opiacés et des endomorphines et qui seraient activées dans le sevrage des stupéfiants.

L'administration chronique des morphino-mimétiques entraîne :

- une diminution de la sensibilité des récepteurs morphiniques (surtout pour les noyaux noradrenergiques).
- une inhibition de la synthèse et de la libération des ligands endogènes.
- une inhibition chronique de l'activité neuronale du système noradrenergique.

L'arrêt de la toxicomanie lève cette inhibition et entraîne une hyperactivité noradrénergique responsable de certains signes du syndrome de manque.

La clonidine (alpha 2 agoniste présynaptique) provoque :

- un blocage des effets physiologiques de l'augmentation d'activité du système noradrénergique dans les sites alpha et bêta.
- un blocage de l'hyperactivité noradrénergique au niveau du locus coeruleus.

3- Les Alpha 2 Stimulants :

Ils deviennent le traitement de référence en matière de sevrage en association avec le traitement symptomatique.

3.1 La Clonidine

3.1.1 Mode d'action de la Clonidine . (17) (88) (90)

Cette méthode repose sur les théories biochimiques du syndrome de manque aux opiacés interprétés comme une hyperactivité du système noradrenergique.

Des études réalisées chez le singe montrent que la stimulation du locus coeruleus provoque l'apparition de signes de manque, effets inversés par l'administration de morphine, de clonidine ou d'enkephaline.

Le dosage sanguin du métabolite de la noradrenaline augmente lors du syndrome de sevrage et diminue lors de l'administration de la clonidine ou de la morphine.

De même l'enregistrement de signaux neuronaux montrent une inversion de l'hyperactivité adrénergique après administration de la clonidine.

Il existerait donc des interactions des opiacés avec des zones noradrenergiques tel que le locus coeruleus, réfutées par des récepteurs morphiniques et alpha 2 adrénergiques qui serviraient de relais à certains effets des opiacés et des endomorphines et qui seraient activées dans le sevrage des stupéfiants.

L'administration chronique des morphino-mimétiques entraîne :

- une diminution de la sensibilité des récepteurs morphiniques (surtout pour les noyaux noradrenergiques).
- une inhibition de la synthèse et de la libération des ligands endogènes.
- une inhibition chronique de l'activité neuronale du système noradrenergique.



L'arrêt de la toxicomanie lève cette inhibition et entraîne une hyperactivité noradrénergique responsable de certains signes du syndrome de manque.

La clonidine (alpha 2 agoniste présynaptique) provoque :

- un blocage des effets physiologiques de l'augmentation d'activité du système noradrénergique dans les sites alpha et bêta.

- un blocage de l'hyperactivité noradrénergique au niveau du locus coeruleus.

Elle supprime donc le syndrome de sevrage en remplaçant l'inhibition à médiation morphinique de l'activité noradrénergique par une inhibition alpha-adrénergique. On réalise un feed-back négatif sur le neurone noradrénergique sans agir sur les récepteurs enképhalinergiques.

La clonidine est donc un anti-hypertenseur central qui peut-être prescrit dans le syndrome de sevrage (figure 1 et 2).

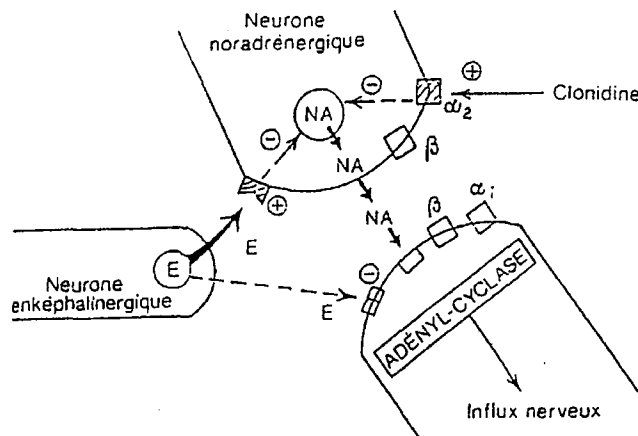


Figure 1 : Influence du neurone enképhalinergique sur l'activité du neurone noradrénergique (d'après LOO et COLL).

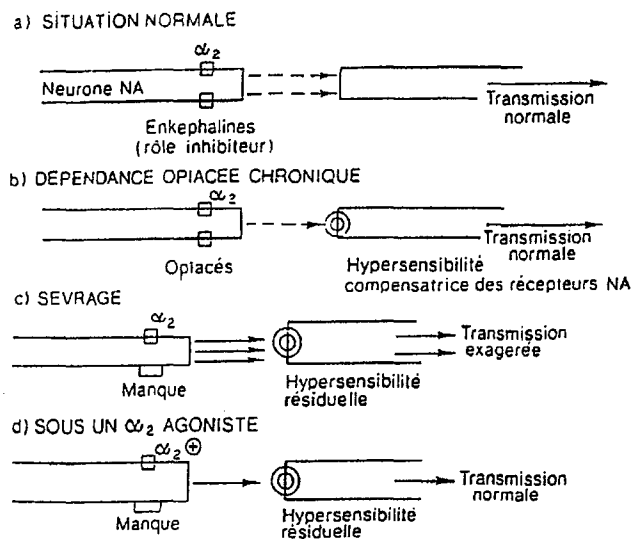


Figure 2 : Activité du neurone noradrénergique en situation normale, lors d'une dépendance opiacée chronique, au cours du syndrome de sevrage et après traitement (d'après LOO et COLL).

3.1.2 Modalités de traitement

Le protocole Clonidine est le suivant :

- arrêt brutal des opiacés,
- administration d'un demi-comprimé 0,15 mg de Clonidine toutes les trois heures sans dépasser un maximum de quatre comprimés par jour. L'adaptation thérapeutique se fait en fonction des symptômes de sevrage et en surveillant la tension artérielle (la tension diastolique doit rester supérieure à 9mm/Hg).
- après trois jours à dose efficace, on commence au quatrième jour une diminution progressive des doses pour arriver au septième jour à un demi comprimé par jour et parvenir à l'arrêt de la Clonidine.

A noter qu'il est parfois utile de poursuivre le traitement par Clonidine à doses minimales pendant deux ou trois semaines pour éviter quelques petits signes de manque à l'arrêt brutal.

Lors de la réduction des doses, on supprime d'abord les prises nocturnes puis on espace les prises diurnes. (46)

Aux Etats Unis a été utilisé la Clonidine en patch transdermique d'efficacité analogue à la forme orale offrant l'avantage d'une concentration sanguine stable malgré une application hebdomadaire. (49)

3.1.3 Effets secondaires

Malgré son large avantage de ne pas entraîner de syndrome d'abstinence, la Clonidine présente quelques inconvénients :

- Hypotension artérielle C'est l'effet secondaire le plus important, augmenté par l'orthostatisme. (17) (90)

Le risque d'hypotension grave reste cependant rare, limité par une surveillance accrue. L'hypotension existe jusqu'au quatrième jour où elle est maximum.

Elle est habituellement corrigée par des analeptiques cardio-vasculaires tel que la tolezoline (PRISCOL) 10 mg en intra veineux et par un remplissage vasculaire en cas de collapsus.

- Bradycardie.
- Somnolence. (90)
- Insomnie.

- Asthémie. (81)
- Sécheresse buccale.

A noter que de nombreux effets secondaires de la Clonidine sont des signes du syndrome d'abstinence rendant l'évaluation difficile.

3.2 Autres alpha2 agonistes

3.2.1 Lofexidine (17)

Cet hypotenseur non commercialisé à cause de son inefficacité, a une structure analogue à la Clonidine.

L'efficacité dans le sevrage semble égale à celle de la Clonidine mais se montre moins hypotensive et moins sédatrice.

Protocole :

le premier jour la dose est de 4 x 0,1 mg puis cette dose est augmentée à quatre fois 0,4 mg par jour et diminuée progressivement pour être stoppée au douzième jour.

3.2.2 Guafancine (ESTULIC) (17)

Hypotenseur apparemment moins efficace dans le syndrome de sevrage que la Clonidine, il montre cependant moins d'effets secondaires surtout à type d'hypotension orthostatique.

La durée du traitement est de 7 jours en moyenne à la posologie de 3mg par jour répartis en 6 prises. Après trois ou quatre jours on espace les prises en diminuant les doses pour arriver à un arrêt complet au huitième jour.

3.2.3 Guanoxabenz (BENZERIAL) (17)

Préconisé dans le sevrage à la dose de quatre à six prises par jour d'un demi comprimé à 25 mg.

3.3 Conclusion

La Lofexidine paraît supérieure à la Clonidine qui entraîne plus d'hypotension et plus de sédation qui paraît elle-même supérieure à la Méthadone du fait de son allongement du syndrome de manque. (73) (124)

Si on associe la Clonidine à la Naloxone ou à la Naltrexone on note une petite amélioration sur les troubles de l'humeur et de la sociabilité du patient. (55) (75) (129)

La Clonidine est souvent mieux tolérée quand on l'associe à la Méthadone ; non pas par ses effets biochimiques mais par son acceptation par le patient : la Méthadone rassure.

La Clonidine seule donne de bons résultats quand il existe une dépendance secondaire (comme l'alcool ou les sédatifs) ou quand il y a déjà eu échec de sevrage avec la méthadone. (44) (55) (59) (133) (134)

L'étude Doxepine (anti-dépresseur) versus Clonidine montre une meilleure rapidité d'action de la Clonidine sur le contrôle des bouffées de chaleur, des nausées ou des palpitations (chute du rythme cardiaque).

Le Doxepine est plus efficace sur le signe de la dépression mais par son action anticholinergique, augmente le rythme cardiaque. (127)

Une autre étude compare les effets de l'ACETORFAN en intra veineux (inhibiteur des enkephalines) et ceux de la Clonidine.

Les résultats montrent des effets secondaires plus marqués par l'Acetorfan bien que l'efficacité soit similaire.

4- Sevrage Minute (17) (30)

La Naloxone et la Naltrexone peuvent aussi être utilisées pour un sevrage quasiment anesthésique.

Il utilise le nidazolam (HYPNOVEL) en intra veineux avec précipitation du syndrome de manque par la Naloxone (NARCAN). Le patient est réveillé sous Flumazénil (ANEXATE) et placé immédiatement sous Naltrexone (NALOREX).

Cette méthode agressive présente beaucoup de risque et n'est jamais utilisée.

5- Autres moyens médicamenteux (17)

5.1 L'apomorphine

Utilisée en injections intra-musculaire (5 à 10 mg) en association avec des opiacés à doses décroissantes pendant 15 jours.

Proposée en raison de ses vertus sédatives.

5.2 L'acetylsalicylate de Lysine (ASPEGIC)

Utilisée en 1986 chez les héroïnomanes sous méthadone.

Lowenstein n'a noté aucune différence significative entre le groupe traité par ASPEGIC et celui traité par CLONIDINE.

5.3 D.S.I.P. (Delta Sleep Inducing Peptide)

Utilisé dans le cadre d'étude sur le sommeil, ce neuropeptide isolé à partir du sérum de lapin, injecté aux toxicomanes par intra veineuse lente, montre une action rapide sur les symptômes anxieux.

Il n'a cependant jamais été commercialisé.

5.4 Les bêta-bloquants

En particulier le Propanolol (INDERAL) de 10 à 30 mg tous les deux jours entraîne une baisse du syndrome de manque en intensité sans en diminuer la durée.

5.5 Baclofène (LIORESAL)

Antispasmodique administré à la dose de 3 fois 25 mg par jour pendant une semaine, il n'entraîne pas beaucoup d'effets secondaires.

6- Electrothérapie (13) (14) (15) (16) (17) (74) (88) (90) (94) (117)

6.1 Principe :

Cette méthode issue des anesthésies électriques utilise un courant de Limoge préconisé dans la douleur et les troubles intestinaux.

L'appareillage utilisé est l'anesthelec 100 qui délivre des courants impulsionnels rectangulaires bidirectionnels de haute fréquence sur trains d'ondes de basse fréquence par voie transcutanée.

Les électrodes, au nombre de trois, sont placées sur la boîte crânienne en des points choisis pour leur moindre impédance (suture métopique et régions retromastoidiennes).

Cette méthode n'entraîne pas de perte de connaissance. Elle aurait un rôle sur la sécrétion d'endorphines endogènes qui soulagerait les signes du syndrome de manque.

Le temps d'utilisation est prolongé au début de la cure surtout les quarante-huit premières heures. Toute interruption du courant entraîne une réapparition des signes du syndrome de manque.

Le patient est branché dès son arrivée dans le service et apprendra à régler lui-même l'appareil.

L'application du courant devient de plus en plus intermittente tout au long du séjour jusqu'au sixième-septième jour où le patient est débranché.

6.2 Avantages :

- Action sur le syndrome de manque :

Les effets thérapeutiques surviennent rapidement, soit environ trente minutes après l'application du courant. A noter l'apparition tardive des signes de manque dans les deux semaines suivant le sevrage mais sans l'angoisse qu'ils engendrent habituellement.

- Action sur l'angoisse du manque :

Cette baisse de l'anxiété lors du sevrage permet une baisse de la prescription d'antalgiques et d'anxiolytiques.

- Action sur le sommeil :

Par diminution de l'anxiété et un effet de potentialisation médicamenteuse, l'électrothérapie permet un sommeil plus serein et réparateur qui redevient de mauvaise qualité au bout de quelques jours d'arrêt du traitement.

Ne serait-ce pas une indication pour prolonger l'électrothérapie nocturne ?

6.3 Bénéfices :

- Par le biais de ces qualités citées ci-dessus, l'électrothérapie entraîne la disparition d'une demande omniprésente et pesante du toxicomane concernant la prescription médicamenteuse.

- La relation médecin-malade devient de meilleure qualité avec une restauration d'un climat de confiance. Le malade parle alors de la drogue et de ses difficultés personnelles. L'atmosphère du secteur hospitalier qui accueille ces patients est beaucoup moins tendue.

- Cette bonne tolérance du traitement, incite le patient à rester et à terminer sa cure de sevrage.

6.4 Effets secondaires :

- Myalgies diffuses,
- Rhinorrhée,
- Diarrhée profuse,
- Asthénie intense,
- Anorexie,
- Hyperthermie sans foyer infectieux,
- Hypersudation,
- Polyurie,
- Hypotension artérielle surtout au quatrième jour qui doit souvent être corrigée par analeptiques cardio vasculaire.

6.5 Conclusion :

L'électrothérapie apparaît comme une des méthodes les plus efficace pour le sevrage. Cependant il convient de tempérer cet enthousiasme.

En effet, malgré un sevrage physique souvent réussi, persiste une dépendance psychique qu'il faudra aussi gérer.

7- Autres moyens techniques

7.1 L'acupuncture (17) (88) (90)

Cette méthode se pratique surtout dans les pays d'Extrême - Orient.

Le principe comme pour l'électrothérapie passerait par l'augmentation de la production des endorphines endogènes.

7.2 Guérison sans traitement (9)

Le principe implique une rupture complète du toxicomane avec son milieu de dépendance et la création d'une alternative, soit sous forme d'une conversion (mouvement religieux ou politique par exemple) soit en se tournant vers des relations qui n'avaient pas été altérées avec la famille ou les amis.

Le problème est de résister à l'envie de drogue qui diminuera avec le temps.

Deux solutions alternatives se présentent au toxicomane :

- Prise d'une drogue non morphinique (alcool, tranquillisant). C'est le cas le plus fréquent.
- Création d'un processus comportemental avec association d'idées négatives et de supplantation.

8- Conclusion

Quelle que soit la méthode utilisée, la rechute est fréquente malgré une prise en charge externe. Deux tiers des sujets ont repris leur consommation d'opiacés dans les trois à six semaines après l'hospitalisation. (4)

D- POST CURE

1- Définition-Principes (22) (30)

C'est une période longue entre le sevrage et la guérison qui implique une équipe pluridisciplinaire avec un projet de soins bien établi dans le but d'autonomiser le patient aussi bien physiquement que psychologiquement.

C'est une période où les rechutes sont multiples et de gravité variable.

La post cure a pour rôle :

- De traiter le syndrome déficitaire qui apparaît au décours du sevrage.
- La prise en charge psychologique pour qu'un travail de deuil soit réalisé.
- La prise en charge sociale pour garder le toxicomane éloigné de son milieu d'approvisionnement, lui créer d'autres centres d'intérêt et orienter son insertion socio-professionnelle.

La prise en charge varie suivant la personnalité du toxicomane, son environnement et les causes de la toxicomanie. Elle doit être globale et durable.

La post-cure peut aussi être le moment d'instaurer une thérapie de maintenance si l'indication se pose.

2 – Le syndrome déficitaire (88) (90) (117)

Il est inéluctable au décours du sevrage.

Il apparaît souvent pendant l'intoxication mais est masqué par celle-ci.

2.1 Clinique (90) (117)

C'est un déficit global :

- De l'humeur : indifférence, tristesse.
- De l'affectivité : désintérêt.
- De l'activité : apragmatisme.
- Du fonctionnement intellectuel : ralentissement idéique.

2.2 Traitement chimiothérapique (43) (88) (90) (117)

Il faut proposer un traitement désinhibiteur ou anti-dépresseur.

- Si le patient présente plutôt un désintérêt, une indifférence et des symptômes du déficit hébéphrénique, la prescription s'oriente plutôt vers des neuroleptiques désinhibiteurs type sulpiride (DOGMATIL) à faible dose.
- Si le tableau clinique est nettement dépressif, les antidépresseurs psychotoniques comme le clomipramine (ANAFRANIL) seront préférés.

Les IMAO sont formellement contre-indiqués car ils sont incompatibles avec les substances toxicomanogènes qui pourraient être consommées en cas de rechute du patient.

L'insulinothérapie à doses sudorales peut aussi être proposée de part son pouvoir stimulant. Elle améliore l'état général et favorise l'entreprise psychothérapique.

Il ne faudra pas oublier dans tous les cas une vitaminothérapie qui sera débutée dès le sevrage.

3- Prise en charge psychologique (22) (30) (46) (72) (88) (90) (91) (103)

Elle passe par un réaménagement psychologique individuel et du statut dans le groupe. La qualité de cette prise en charge décide de la réussite à moyen et à long terme de la cure de désintoxication. Elle doit faire le bilan de l'état mental du patient tout au long de la post-cure afin de pouvoir éviter au maximum les rechutes.

Pour ce faire, elle prend en compte l'histoire du patient, favoriser le dialogue et l'expression des émotions et restaurer l'estime de soi.

La famille doit pouvoir s'impliquer dans le processus de soins et de suivi et une psychothérapie familiale permet souvent de découvrir un dysfonctionnement du système familial.

Il ne faudra pas méconnaître l'environnement du patient pour permettre une rupture définitive avec le toxique et son milieu.

4- Post-cure ambulatoire (46)

Elle ne permet pas un suivi thérapeutique efficace, la majorité des toxicomanes ne venant consulter qu'une ou deux fois après le sevrage.

L'attitude à adopter face au patient doit lui permettre en cas de rechute de pouvoir en parler.

Quand cette rechute survient, il faut que le médecin puisse donner à cet épisode un sens différent de celui du précédent et trouver des motivations pour continuer.

5- Les centres de post-cure (46) (48)

Ils accueillent plutôt des patients toxicomanes de longue date et de ce fait, il faut se méfier de l'influence que peuvent avoir ces « anciens » consommateurs sur ces sujets débutant l'usage de drogue.

Ces centres diffèrent de par leur médicalisation ou non, leur implantation, leur statut et le but des activités.

Ces établissements bénéficient de la gratuité et de l'anonymat lorsqu'on en fait la demande auprès de la DDASS.

Dans la majorité des cas, le patient peut y bénéficier d'une thérapie individuelle ou collective. La vie en collectivité étant elle-même thérapeutique.

5.1- Les foyers ruraux

Ils permettent un retour à certains idéaux (vie simple, retour à la nature) en offrant une rupture avec le milieu et les habitudes antérieures.

Les activités reposent généralement sur les travaux de la ferme et sur des activités créatives (artisanat, musique, peinture...).

C'est une période de retrait social qui peut poser problème lors du retour en ville.

5.2- Les foyers urbains

Le sujet reste en contact avec la ville et doit faire face, avec l'aide de l'institution, au désir du produit toujours présent.

Ils sont souvent centrés sur la réinsertion mais sont rares en France.

6- Les familles d'accueil (46)

Elles offrent un soutien relationnel précieux pour un sujet qui a souvent un passé familial et social chaotique.

C'est un lieu de protection qui pallie au manque psychologique et aux problèmes physiques.

Il existe cinq catégories :

- Familles relais : elles sont un lieu de repos à la suite d'un sevrage et avant une orientation vers un centre de post-cure ou une réinsertion professionnelle.
- Familles thérapeutiques : elles ont le même rôle que les centres de post-cure. Le patient peut y rester durant six mois.
- Familles tremplins : permettent aux patients d'acquérir une indépendance financière avec la reprise d'une activité professionnelle pendant un séjour pouvant durer jusqu'à six mois.
- Familles week-end : basées sur le repos et la détente, elles offrent un accueil de deux ou trois jours seulement.
- Familles contact : c'est un lieu d'écoute, de repère pour le toxicomane encore fragile.

E- LA SUBSTITUTION

Depuis 1999, la substitution fait partie de l'histoire du toxicomane.

Rares sont les patients dépendants qui n'ont pas eu à faire au moins une fois dans leur vie de « drogués » à une molécule de substitution comme la méthadone ou le subutex.

1. Définition

Il y a souvent confusion entre substitution et sevrage.

La substitution est un remplacement plus ou moins prolongé de l'héroïne par un autre opiacé par voie orale et médicalement contrôlée sur une durée allant de quelques semaines à quelques années. (10)

Avant la substitution on se culpabilise de transférer le problème de l'héroïne sur une autre substance comme la méthadone.

Aujourd'hui la politique a changé et tous les auteurs s'accordent à dire que la substitution est nécessaire pour une partie des héroïnomanies chroniques. (40)

Il apparaît même que cela était peut-être une erreur d'avoir voulu s'acharner à sevrer.

2. Rôle (10) (40)

La substitution a pour but de :

- stabiliser le patient avant un sevrage définitif,
- favoriser l'insertion sociale et professionnelle en diminuant la marginalisation et la délinquance,
- diminuer les échecs et « fidéliser » les patients en acceptant un suivi médical.

3. La méthadone

3.1 Propriétés pharmacologiques (44) (84) (111)

La méthadone est un agoniste pur ayant, à des degrés différents, toutes les propriétés de la morphine y compris son pouvoir toxicomanogène. Cependant sa pharmacodépendance est inférieure à celle de la morphine et de l'héroïne.

Elle provoque donc un syndrome de manque lors de son arrêt brutal.

Sa durée d'action longue (24 heures environ) permet un contrôle des effets et des méfaits de la dépendance.

Les effets morphiniques de la méthadone entraîne un mélange d'euphorie et de détente qui peut être perçu rapidement par le toxicomane (1/2 heure, 1 heure après la première prise).

Toutes ces propriétés pharmacologiques permettent une prise seulement par jour.

3.2 Protocole

Initialement la posologie était estimée empiriquement en fonction de l'ancienneté et de l'importance de la dépendance. (40)

On se référait aux études américaines qui mentionnaient 80 à 150 mg / jour pour le sevrage et 50 à 120 mg / jour pour la maintenance. (115)

Aujourd'hui on dépasse rarement une dose de 60 mg / jour qui est délivrée sous forme d'un sirop par des « centres méthadone ». (8) (44)

Un recours aux chimiothérapies psychotropes est préférable à une augmentation des doses de méthadone.

Certains auteurs font remarquer que des doses supérieures à 60 mg / jour diminue le taux d'abandon de la cure mais la méthadone peut à cette posologie entraîner un déficit du système immunitaire. (31) (96) (100)

La recherche des toxiques urinaires sera réalisée chaque semaine pour vérifier l'absence de prise d'opiacés qui sera une condition supplémentaire à l'entrée dans ce programme méthadone.

Les conditions d'inclusion dans ce protocole sont bien déterminées : (84)

- être volontaire et accepter les contraintes de cette prise en charge,
- être dépendant depuis au moins 5 ans,
- avoir réalisé plusieurs cures de sevrage sans succès durable.

3.3 bilan clinique (105)

Une étude réalisée à Nancy en 1997 avec 2 ans ½ de recul vis à vis de la prescription de la méthadone, montre un déroulement similaire pour tous les traitements de substitution.

Il se fait en 3 phases :

3.3.1 Phase médicale

Elle dure environ 3 mois où le patient se sent bien. Un réarrangement de ses habitudes de vie s'opère sans grande conséquence psychologique.

C'est cependant une période où peuvent se démasquer des pathologies psychiatriques qui étaient masquées jusqu'à lors par l'intoxication. (84)

3.3.2 Phase de déception

Du 4^{ème} au 12^{ème} mois le toxicomane se retrouve confronté à la réalité et aux problèmes engendrés par son ancienne toxicomanie (dégradation de son état de santé, problème avec la justice, solitude).

S'installe un syndrome dépressif important qui nécessite une prise en charge psychologique impérative souvent associée à un traitement anxiolytique et antidépresseur.

C'est l'heure du travail de deuil du plaisir lié à l'héroïne.

3.3.3. Phase de reconstruction

Elle se produit au bout de 1 an de substitution environ.

Va alors se poser le problème de l'arrêt de la méthadone.

3.4 Indications (44)

Difficiles à évaluer, elles doivent être établies sur les chances de réinsertion socioprofessionnelle et le type de personnalité du patient.

En effet, les personnalités psychotiques, « Border-Line », sont de bonnes indications.

Ces patients nécessitent cependant une évaluation de l'acceptation du traitement.

Quoiqu'il en soit la cure de maintenance s'adresse :

- aux poly-toxicomanies anciennes,
- après de nombreuses rechutes malgré des sevrages itératifs sur une durée de plus de 5 ans,
- aux sujets dépressifs résistants aux traitements actuels.

Quand l'indication est bien posée le contrôle des toxiques urinaires confirme une nette diminution de la consommation de cannabis ou de benzodiazépines.

Par contre l'alcool reste de consommation courante.

Il faut être vigilant sur le fait qu'il ne s'opère pas un transfert d'addiction de l'héroïne sur l'alcool. (84) (105)

D'autres indications sont venues se greffer sur celles-ci depuis quelques années : les toxicomanies associées à des pathologies tel que le S.I.D.A. ou des situations de grave détresse sociale.

3.5 Limites (10) (40) (44)

Ces médicaments de substitution entraînent presque toujours une dépendance physique et psychologique ainsi qu'un syndrome de manque à leur arrêt.

Le sevrage risque alors de faire perdre un équilibre psycho-social que le toxicomane avait retrouvé pendant le traitement.

Il faut alors faire attention aux rechutes qui deviennent fréquentes ;

Il existe un réel risque d'alimenter le marché des stupéfiants avec ce produit.

De même malgré un contrôle rigoureux, un grand nombre de patients poursuit la consommation de drogues, de médicaments ou de substances toxiques.

3.6 Résultats (10) (105)

Les abandons de traitement sont quasi-inexistants avec la méthadone ceci grâce aux effets morphiniques qui sont perçus par le patient.

Ces effets subjectifs de la méthadone expliquent en fait une meilleure acceptation de la molécule par le patient. (111)

On dira qu'il y a succès s'il y a :

- absence de prise de drogue,
- amélioration de l'état physique et psychique,
- reprise et maintien de l'activité professionnelle,
- baisse progressive de la posologie de la méthadone et arrêt de la maintenance. (44)

Le taux de rétention représente le pourcentage de succès, et il est variable du fait de la disparité du fonctionnement et du recrutement des centres même s'ils sont soumis à la publication de l'INSERM.

Cela dit pour une majorité des centres méthadone le taux de rétention est important : à 6 mois il est supérieur à 80 % et à 12 mois variable entre 40 et 70 % pour les hauts seuils d'exigence et jusqu'à 80 % pour les bas seuils d'exigence.

On constate aussi une réelle volonté de soins de la part du toxicomane qui connaît dans la majorité des cas son profil sérologique ou qui n'hésite pas à consulter un chirurgien-dentiste.

3.7 Conclusion

La méthadone est un outil supplémentaire à la prise en charge du toxicomane. Elle reste un médiateur de la relation thérapeutique qui s'instaure. (44)

4. La buprémorphine (TEMGESIC)

Agoniste partiel d'une durée d'action comparable à celle de la méthadone, la buprémorphine bloque l'euphorie induite par les opiacés et diminue l'auto-administration d'héroïne.

Ses effets morphino-mimétiques sont faibles. Ceci reste un argument défavorable pour cette substance qui est rapidement abandonnée par les toxicomanes sous prétexte que « le traitement ne leur fait rien ». (3) (111)

La buprémorphine reste une indication quand le patient refuse la contrainte d'un traitement par méthadone.

En effet, cette molécule permet une plus grande autonomie et peut être utilisée en ambulatoire.

Elle ne présente pas d'effet potentialisateur ni de risque de surdosage en intra-veineux.

Par contre un syndrome de manque brutal et sévère apparaît s'il y a prise concomitante d'héroïne. (64)

Les autres indications de la buprémorphine sont pour les toxicomanies récentes (inférieures à 1 an) lorsque c'est le 1^{er} essai de substitution et quand un patient est stabilisé sous méthadone mais qu'il est incapable d'arrêter le traitement de substitution. (111)

La seule contrainte que présente la buprémorphine est la prise multiple par jour de comprimé à 0, 2 mg pour atteindre une dose efficace entre 2 et 8 mg par jour.

Aussi en 1996 a été commercialisée une forme galénique adaptée au traitement de substitution (SUBUTEX : glossette sublinguale dosée à 0, 4 ; 2 et 8 mg).

Prescription qui pourra être faite en médecine de ville. (64)

Il faut noter que 8 mg par jour de buprémorphine équivaut à 60 mg par jour de méthadone.(111)

Le seul risque que l'on rencontre avec cette molécule est la déviation de son usage thérapeutique à des fins commerciales pour le toxicomane. (2)

5- La naltrexone (NALOREX) (115)

C'est un antagoniste des opiacés qui bloque les effets agréables de l'héroïne.

Sa durée d'action courte ne supprime pas le désir toxique.

Aussi l'utilisation de la Naltrexone exige une participation active du patient et un encadrement psychologique important.

Ceci explique que seulement 15 % des toxicomanes manifestent un intérêt pour cette substance.

L'administration de NALOREX chez un patient encore dépendant aux opiacés entraîne un syndrome de sevrage caractérisé qui peut décourager le patient.

Aussi on préconise un test d'évaluation à la naloxone (NARCAN) avant d'instaurer un traitement avec la Naltrexone.

Le NALOREX est administré par voie orale à la dose de 50 mg / j ou de 350 mg par semaine répartie en 3 prises.

Le produit est bien toléré et peut être associé aux antidépresseurs.

Ce traitement peut être arrêté à tout moment puisqu'il n'entraîne aucune dépendance.

En pratique la Naltrexone est souvent utilisée au décours d'un sevrage réalisé par clonidine ou méthadone.

Quand le patient n'est plus dépendant aux opiacés le NALOREX est alors débuté et poursuivie encore un minimum de 6 mois afin d'éviter les rechutes.

6. Conclusion

La substitution fait aujourd'hui partie de la prise en charge thérapeutique et complète bien le sevrage qui reste une étape beaucoup plus fugace dans le projet thérapeutique.

II- BILAN DES CURES DE SEVRAGE DE 1994 A 1998

A- INTRODUCTION

L'altération du fonctionnement social et professionnel du toxicomane est souvent les prémices d'une dépendance aux opiacés.

Une attitude défensive et une symptomatologie anxio-dépressive reflète le mal être du sujet issu, dans la majorité des cas, d'un milieu où les dysfonctionnements familiaux et les carences affectives sont fréquentes. (24)

Qu'en est-il des patients sevrés en annexe de réanimation médicale de Nancy (A.R.M.) et suivi par l'unité fonctionnelle d'accueil et de traitement des toxicomanes (U.F.A.T.T.).

Il faut savoir que toutes les indications de sevrage ont été portées par un médecin de l'U.F.A.T.T. après discussion du dossier avec un éducateur.

Une préparation d'au moins 3 semaines a donc été réalisée en étroite collaboration entre le patient et l'équipe soignante, au cours de laquelle un contrat verbal évoquant la méthode et les conditions de sevrage ainsi que la prise en charge ultérieure a été mis en place. On rappelle alors au toxicomane qu'il sera coupé de son monde extérieur par l'absence de visite, de sortie ou de coup de téléphone, qu'il devra se plier au règlement qui est le même pour lui que pour les autres malades exception faite d'une pièce réservée où il lui sera possible de fumer pendant son hospitalisation.

Ce contrat a pour but la réintégration du toxicomane dans une organisation structurée qu'il ne faut pas déranger, avec une reprise de conscience du rôle de chacun et une attention portée au vécu du corps souvent oublié par le toxicomane.

En effet, le sujet dépendant délaisse souvent son image du corps à la seule fonction « d'enveloppe pouvant être trouée », réduit au seul produit et à ce qui l'entoure. Au travers du contrat le corps retrouve peu à peu une réalité pour le toxicomane.

B- MATÉRIEL ET METHODES

1. Critères d'inclusion

Notre étude porte sur les cures de sevrage des toxicomanes aux opiacés effectuées dans le service d'annexe de réanimation médicale du 1er janvier 1994 au 31 décembre 1998 (CHU de Nancy).

Cette série comporte 134 cures réalisées par 126 patients, du fait des réadmissions de certains.

Cette population est étudiée sur le plan épidémiologique et permet d'analyser des résultats immédiats d'une manière très précise malgré de nombreux biais.

L'UFATT (Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes) quant à elle, de part son suivi régulier des patients, nous permet d'obtenir des résultats à court et moyen terme.

Il s'agit d'une étude rétrospective par étude de dossiers.

2. Méthodes

Le recueil des données se fait à deux niveaux.

2.1 Dossiers d'A.R.M. (Annexe n° 1)

Le premier niveau consiste en l'étude des dossiers de l'ARM pour analyser les paramètres variables suivant les patients :

- Sexe et âge.
- Dates de la cure.
- Etat clinique, biologique et sérologique d'entrée ainsi que les traitements en cours.
- Historique de la toxicomanie : âge de début, produit principal consommé, produits associés, mode d'administration.
- Prise en charge des patients pendant l'hospitalisation : suivi du protocole clonidine, cure à terme ou non.

2.2 Dossiers UFATT (Annexe n° 2)

Ce deuxième niveau a permis l'analyse individuelle des dossiers de l'UFATT, la majorité des patients ayant fait l'objet d'un entretien pré-sevrage par un éducateur.

Cela a permis de compléter certaines données des dossiers d'hospitalisation tels que :

- Le contexte familial et socio-économique d'origine (situation matrimoniale et professionnelle des parents, type d'hébergement).
- Le niveau d'insertion social du patient au moment du sevrage (niveau scolaire, situation professionnelle).
- Antécédents personnels en rapport avec la demande de cure (incarcération, hospitalisation antérieure, substitution antérieure ou non).
- Motivations et devenir du patient à court et moyen terme.

Les questionnaires qui nous ont permis d'obtenir ces renseignements sont présentés en Annexe.

C- MÉTHODE STATISTIQUE

Les caractéristiques des patients inclus dans l'étude, ainsi que celles des cures, sont présentées pour les variables quantitatives avec moyenne et écart type et pour les variables qualitatives avec les fréquences selon les différentes modalités possibles.

Les comparaisons entre les variables qualitatives ont été effectuées par les tests du Khi 2.

L'analyse statistique a été effectuée grâce au logiciel EPI-INFO.

D- RÉSULTATS

1. Profil du patient

1.1 Sexe

134 hospitalisations avec 126 patients dont 28 femmes (22,2 %) et 98 hommes (77,8 %) avec un sexe ratio de 3,5.

1.2 Age

Lors de la première hospitalisation (en cas d'admissions multiples)

La moyenne d'âge = 25,83 ans.

Extrêmes = 18 ans et 43 ans.

1.3 Situation matrimoniale

Célibataires : 61 (48,4 %)

Divorcés-séparés : 3 (2,4 %)

Concubinage : 23 (18,3 %)

Mariés : 7 (5,6 %)

Inconnu : 32 (25,3 %)

1.4 Statut étudiant

Sur 126 patients d'une moyenne d'âge de 25 ans seuls 5 d'entre eux sont étudiants soit 4%.

1.5 Logement

Sur 126 patients :

86 ont un logement stable

- Parents : 36 (28,5 %)

- Ami : 4 (3,2 %)

- Indépendants : 46 (36,5 %)

11 ont un logement précaire

- Foyer : 7 (5,5 %)

- SDF : 4 (3,2 %)

29 d'entre eux non pas de précisions (23 %)

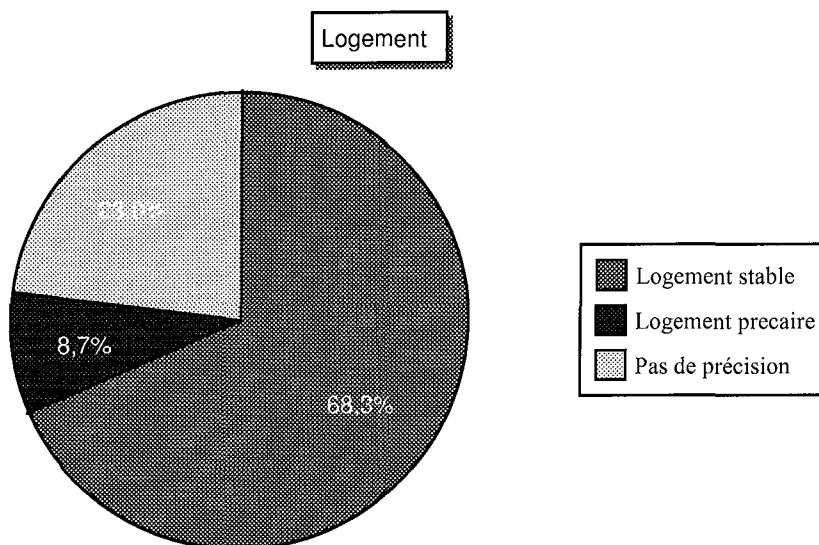


Figure 3

1.6 Protection sociale

83 sur 126 patients ont une protection sociale.

Sur ces 83 patients, le type de protection est précisé pour 80 d'entre eux

- aide sociale : 1
- CMU : 4
- Sécurité Sociale : 42
- Mutuelle : 33

1.7 Niveau scolaire

Il est connu pour 94 patients :

- Collège : Secondaire / Premier cycle : 23 (24,5 %)
- CAP : 30 (31,9 %)
- Lycée : Secondaire / Deuxième cycle : 11 (11,7 %)
- BAC général : 7 (7,4 %)
- BAC technique : 5 (5,3 %)
- Etudes supérieures : 5 (5,3 %)
- Inconnu : 32

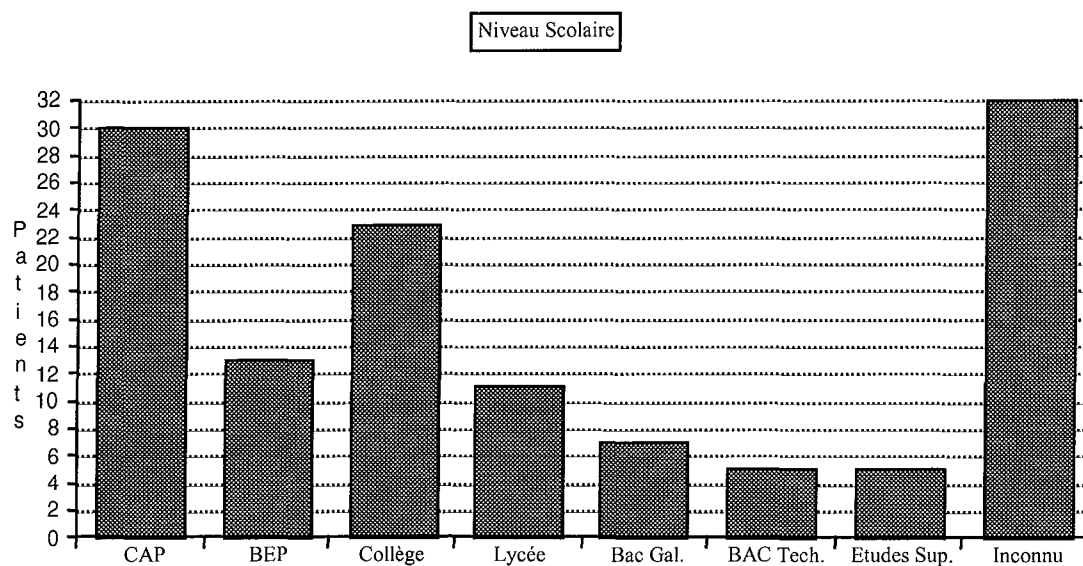


Figure 4

1.8 Activité professionnelle

Sur 91 cas renseignés 35 ont une activité professionnelle au moment de la cure et 56 sont sans emploi.

La majorité travaille dans le milieu ouvrier (soit 24/35 recensés - 74,2 %-)

A noter, 16 patients ont des ressources tel que :

- ASSEDIC : 8
- Invalidité : 1
- Maladie : 1
- RMI : 6

1.9 Situation familiale

a/ Parents :

- Ensembles : 40
- Séparés : 30
- Autres (décédés) : 24
- Inconnu : 32

b/ Pour 95 patients :

- Père :
 - Décédé : 10
 - Handicap : 1
 - Vivant : 76
 - Inconnu : 8
- Mère :
 - Décédée : 8
 - Vivante : 85
 - Inconnu : 2

Soit 18 pour lesquels un des deux parents est décédé et 10 pour lesquels un des deux parents est inconnu.

2. Motifs d'hospitalisation / Passé toxicomane

2.1 Origine de la demande

Sur 126 patients seuls 111 cas ont été renseignés et 55 ont réussi leur cure de sevrage.

- Pour 66 patients la demande a été individuelle. 34 d'entre eux ont terminé la cure.
- Pour 7 sujets se sont les proches qui ont motivé la cure avec 4 réussites.
- Pour 13 d'entre eux la raison a été judiciaire dont 11 injonctions thérapeutiques et 2 obligations de soins. A noter seulement 5 réussites.
- Pour 25 patients c'est le milieu médical qui a proposé le sevrage. 22 ont été motivés par un médecin généraliste, 1 a été entrepris par un centre hospitalier et 2 par l'UFATT.

Dans ce groupe, 12 patients ont terminé leur cure.

Il faut préciser que dans cette étude la majorité des sujets ont été orientés en ARM par l'UFATT.

Seul 1 patient a été directement hospitalisé en ARM par un médecin généraliste.

2.2 Profil sérologique

Profil sérologique

	Positif	Négatif	Douteux	Inconnu	Vacciné
HIV	2	128	1	3	
HBV	4	89	?	10	31
HCV	37	88	2	7	
MST	?	121	?	13	

Tableau 1

Le profil sérologique est donc, pour la plupart des patients, négatif pour HIV, HBV et HCV.

A noter seulement 31 patients vaccinés contre HBV.

2.3 Biologie d'entrée / Toxiques urinaires

Sur 134 hospitalisations, la recherche des toxiques urinaires a été réalisée 108 fois. Cinq résultats biologiques seulement sont revenus négatifs.

Pour les autres, les toxiques retrouvés se répartissent comme suit :

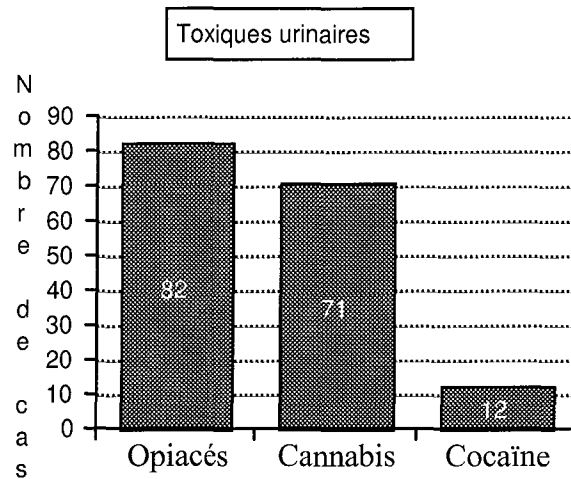


Figure 5

- Paracétamol positif dans 38 cas
- Barbituriques positifs dans 12 cas
- Benzodiazépines dans 51 cas
- Phénobarbital dans 7 cas
- Tricycliques : 3 cas
- Amphétamines : 2 cas
- Méprobamate : 1 cas
- Propoxyphène : 1 cas

2.4 Signes cliniques d'entrée

Nous avons mis en évidence seulement des signes cliniques uniquement pour six patients.

- Abscess : 2 cas
- Adénopathies : 1 cas
- Dysthyroidie : 1 cas
- Syndrome de Guillain Barré : 1 cas
- Vénite : 1 cas.

Le traitement médical d'entrée retrouve essentiellement des médicaments à visée antidépressive ou anxiolytique.

Antidépresseurs	Nombre de cas
Prozac	3
Séropram	1
Zoloft	1

Anxiolitiques	Nombre de cas
Athymil	1
Lexomil	2
Stilnox	1
Tranxène	1

Autres classes	Nombres de cas
Dépakine	1
Tégréto	1
Mopral	1
Ventoline	1
Mutesa	1

Tableau 2

2.5 Incarcération / Condamnation

L'injonction thérapeutique peut être aussi un motif de sevrage.

Sur 134 séjours hospitaliers demandés, nous avons recensé 93 cas où il existait des antécédents judiciaires comme des incarcérations (41 cas) ou d'autres condamnations (22 cas), la plupart étant en rapport avec la toxicomanie.

2.6 Antécédents personnels

Ils concernent surtout les hospitalisations antérieures. Nous trouvons quatre causes principales :

- Tentatives de suicide : 30
- Overdose : 7

- Problème viral : 8 (dont 5 HIV, 3 Hépatites)
- Raison psychiatrique : 4

2.7 Age de début de la toxicomanie

Sur 115 cas recensés l'âge moyen est de 16,8 ans (16-17 ans)

Le plus jeune a débuté à 10 ans et le plus âgé à 41 ans.

2.8 Produits principaux de départ

Connu dans la majorité des cas, le cannabis est le produit le plus utilisé en première intention (88 cas).

L'héroïne arrive en deuxième position (21 cas).

Pour le reste :

- Opiacés : 2 cas
- Dérivés codéinés : 2 cas
- Cocaïne : 5 cas
- Ecstasy/LSD : 7
- Solvants : 8

2.9 Produit principal consommé lors de la première admission

C'est l'héroïne pour 108 sur 134 dont 75 en intraveineuse.

- Subutex : 16 sevrages sur 134
- Codéine : 1 cas
- Méthadone : 3 cas
- Néocodion : 5 cas
- Moscontin : 1 cas

L'âge moyen de début de consommation du produit principal est de 21,3 ans.

L'intervalle libre entre le début de la toxicomanie et le début de la consommation du produit ayant motivé le sevrage est de 4 ans et demi.

2.10 Produits secondaires utilisés dans les douze derniers mois

Dans 30 cas le produit de sevrage est utilisé seul.

Produits secondaires

Héroïne	19	Stimulant	19	Toluène	1
Opiacés	14	Ectasy	16	Éther	1
Dérivés cod.	31	LSD	28	Trichlo.	2
Subutex	20	Antidépresseur	8	Colles	1
Méthadone	2	Barbituriques	7	Solvant	2
Cocaïne	49	Benzodiazepine	33	Cannabis	36
Crack	2	Tranquillisants	8	Autres	5

Tableau 3

A noter que la consommation de stupéfiants est associée dans 114 cas à la consommation de tabac et dans 48 cas à la consommation d'alcool (cas recensés).

2.11 Substitution antérieure

Sur 68 cas recensés, 30 ont été à un moment substitué ; pour la plupart par du Subutex (27 cas) mais aussi par la Méthadone (2 cas) et l'Atarax.

3. Caractéristiques de la cure

3.1 Nombre de cures

Sur quatre années étudiées, 134 cures ont été réalisées par 126 patients :

- 102 ont réalisé 1 cure,
- 20 d'entre eux ont effectué 2 cures,
- 7 d'entre eux ont effectué 3 cures,
- 5 d'entre eux ont effectué 4 cures.

Il faut noter que toutes les cures se sont réalisées sous X.

3.2 Répartition des cures

3.2.1 Par année

En 98 : 26 hospitalisations réalisées par 25 patients.

En 97 : 28 hospitalisations réalisées par 27 patients.

En 96 : 21 hospitalisations réalisées par 20 patients.

En 95 : 24 hospitalisations réalisées par 23 patients.

En 94 : 35 hospitalisations réalisées par 31 patients.

Au total, ces 4 années représentent 832 jours d'hospitalisation.

Sur 134 hospitalisations, 69 cures ont été menées à terme (51,5 %) et 65 cures ont été un échec (48,5 %)

Les cures à terme représentent à elles seules 541 jours d'hospitalisation.

3.2.2 Par durée du séjour

Le contrat d'entrée en hospitalisation stipule une durée de 10 jours. Cependant toutes les cures à terme ne durent pas obligatoirement 10 jours.

Les succès constatés se répartissent comme suit :

Durée des cures à terme

Nombre cures à terme	Durée du séjour (en jours)
1	6
10	7
51	8
3	9
3	10

Tableau 4

La majorité des cures à terme dure en moyenne 8 jours sachant que les cinq premiers jours sont les plus difficiles.

3.2.3 Par saison

Répartition du nombre de cures par saison

	Été	Hiver	
1994	15	20	35
1995	14	10	24
1996	11	10	21
1997	11	17	28
1998	6	20	26
	57	77	

Hiver : Oct. à Mars

Été: Avril à Sept.

Tableau 5

3.3 Durée moyenne des cures

3.3.1 Non menées à terme

Elle est de 4,48 jours

La somme des jours pour ces 65 cures non menées à terme est de 291.

A noter que 2 patients ont rompu le contrat au huitième jour de cure.

Cures non menées à terme

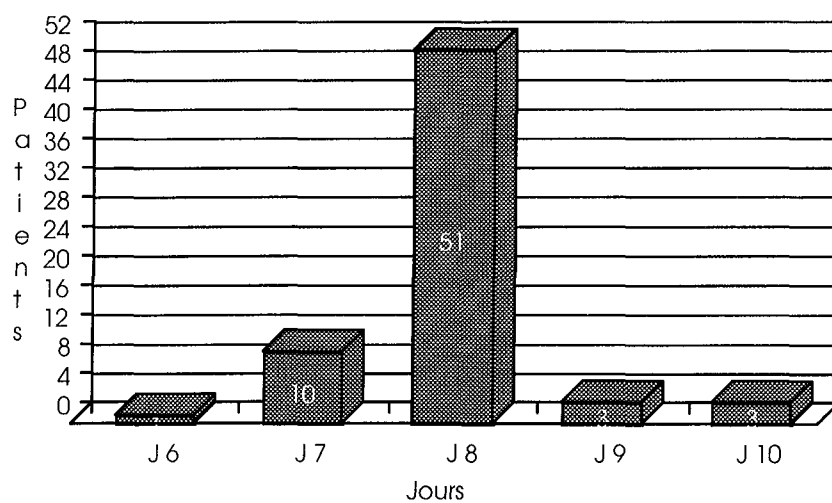


Figure 6

3.3.2 Menées à terme

Elle est de huit jours.

Cependant un patient a réussi à sortir au sixième jour, 3 patients sont sortis au-delà, c'est à dire au dixième jour.

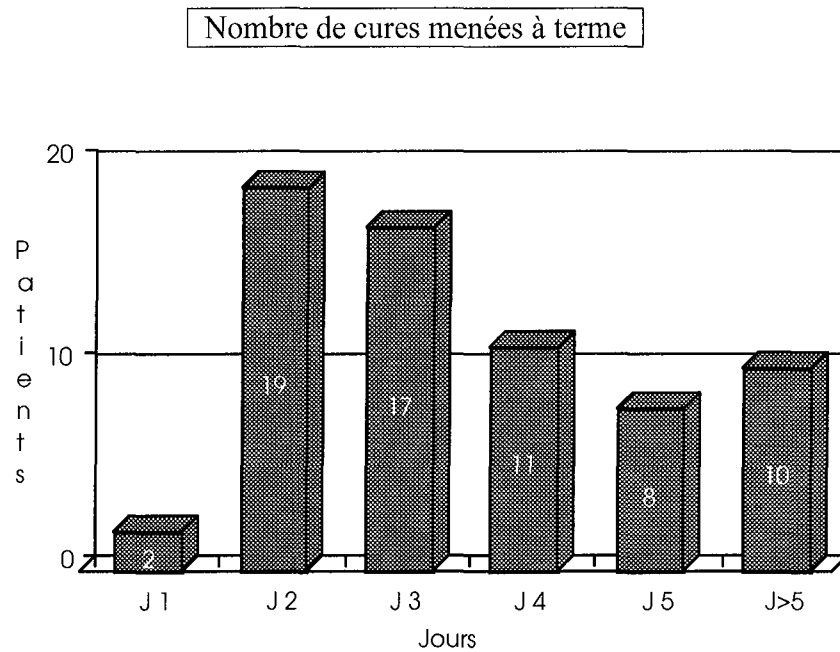


Figure 7

3.4 Nombre cure en fonction de l'âge du patient.

La majorité des cures sont réalisées par des patients de 25 ans.

L'âge minimum est de 18 ans.

L'âge maximum est de 43 ans.

Nombre de cures en fonction de l'âge du patient

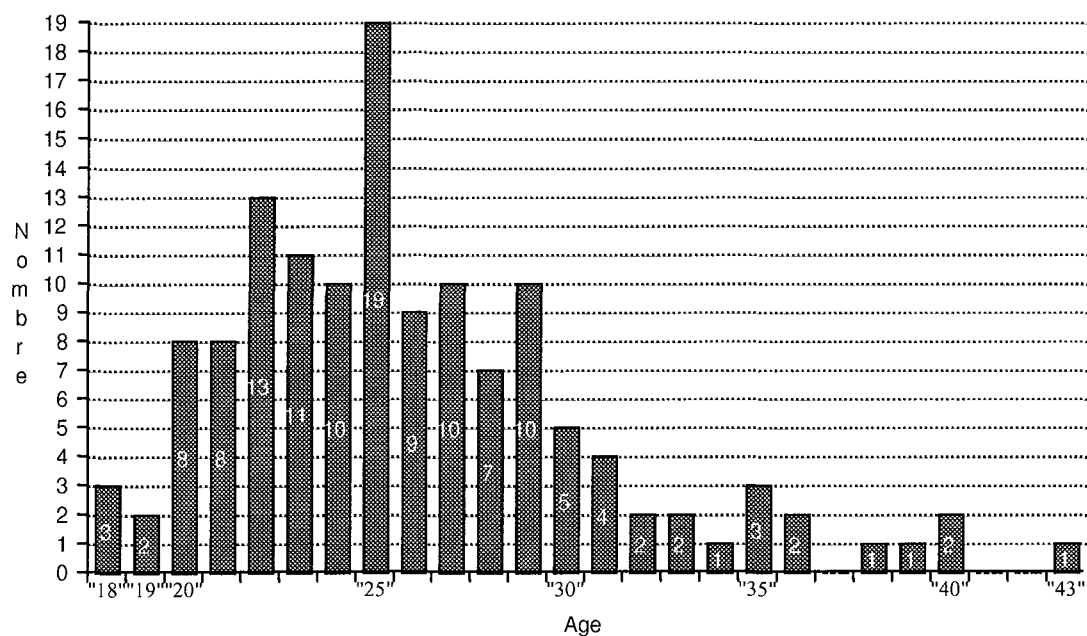


Figure 8

4. Déroulement de la cure

4.1 Contrat / Protocole

Des modifications ont été apportées durant l'année 94 au sujet du Rohypnol. Anciennement administré en association au Catapressan, il a été remplacé par le Stilnox moins prisé par les toxicomanes.

Quelques patients ont quand même reçu du Rohypnol, le Stilnox étant inefficace ou moins approprié.

De même la date de début du protocole peut être variable suivant les hospitalisations. Le traitement commence pour la plupart à 48 heures (59,4 %) des cas.

Les somnifères sont administrés dans 87 % des cas au premier jour (J0).

A noter, que pour 10 hospitalisations il a fallu ajouter un tranquillisant (souvent le Tranxène) dans les 48 premières heures.

4.2 Surveillance clinique

Les équipes étant plus ou moins disponibles pour le suivi écrit des patients, le recueil des données cliniques durant le séjour est aléatoire.

Il en ressort que le maximum de syndrome de sevrage est constaté dans les 48 premières heures. Sur 54 cas observés, 65 % révèle un symptôme de manque.

Au-delà de 48 heures et jusqu'au cinquième jour sur 17 cas observés 11 présentent encore des signes de sevrage soit 64,7 %.

Les autres signes observés sont une anxiété importante avec insomnie pour 17 %, une bradycardie pour 1 seul patient et seulement 11 % des patients ont présenté dans les 48 premières heures une hypotension sous catapressan.

Après 5 jours les signes cliniques constatés se résument à l'anxiété et à un état dépressif.

4.3 Ordonnance de sortie

Le contrat stipule que le patient sortira au bout de 8 jours avec des comprimés de catapressan pour terminer le traitement en externe si nécessaire.

Sur 69 cures à terme, seules 56 peuvent être étudiées : 27 patients sont sortis avec leurs comprimés de Catapressan et 29 sont sortis sans traitement.

4.4 Orientation / Suivi post sevrage.

Elle est connue pour 51 patients :

67 % retournent à domicile,

33 % accèdent à une post-cure.

Le suivi post-sevrage est recensé pour 57 patients et est effectué par l'UFATT.

5. Recherche de facteurs liés à la réussite de la cure.

Parmi les 134 cures 69 ont réussi.

La recherche des facteurs pouvant être liée à la réussite montre que la proportion est sensiblement plus élevée pour la première cure que pour les autres (55 % versus 37 %)

Les autres facteurs étudiés n'ont pas fait la preuve d'un lien avec l'échéance de la cure.

Aussi :

- le sexe,
- les antécédents familiaux,
- les antécédents personnels d'incarcération ou de substitution,
- la situation sociale,
- l'origine de la demande,
- le produit principal de départ,
- produits associés au moment du début du protocole clonidine,
- présence des toxiques urinaires,
- l'association au protocole d'un tranquillisant,

n'ont pas montré de différence significative dans cette étude.

Seule l'association d'un somnifère à J0 ou plus tard a montré l'arrêt plus tardif de la cure mais pas une cure à terme.

Il ne faut pas oublier que nombreux biais sont venus compromettre ces résultats et les rendent contradictoires par rapport à la littérature.

E- DISCUSSION

1. Difficultés méthodologiques

L'aspect rétrospectif de cette étude nous a confronté à plusieurs imprécisions dans le recueil des données et ceci d'autant plus que ce recueil s'est effectué à deux niveaux.

1.1 Dossiers d'A.R.M.

Il concerne les dossiers d'hospitalisation de l'annexe de réanimation.

Le suivi médical écrit est souvent réalisé par les externes, faute de temps des seniors. Les débutants dans la profession ne sont pas toujours sensibilisés à l'importance de la tenue de dossier. Aussi, les renseignements concernant le profil du toxicomane à l'entrée et son état clinique sont plus ou moins erronés, l'examen et l'interrogatoire étant plus ou moins fiable.

De même la tenue quotidienne n'étant pas effectuée systématiquement, les renseignements sur le déroulement de la cure ne peuvent être considérés comme complets.

Cependant ceci est souvent dû à une structure mal adaptée au sevrage et au personnel moins sensibilisé au profil particulier du toxicomane.

La cure est parfois très écourtée (sortie au deuxième voire au premier jour) par rupture de contrat ou par le manque de motivation du patient. Le temps pour réaliser les prélèvements manque ; l'état sérologique et sociologique restent alors inconnus.

Quant au courrier de sortie, il est souvent peu détaillé, ce qui n'aide pas à compléter les dossiers.

Il a donc fallu un examen page par page des dossiers pour obtenir une fiche patient aussi précise que possible.

1.2 Dossiers U.F.A.T.T.

Bien qu'ayant un suivi écrit plus important de la part du personnel soignant, certains renseignements ont fait défaut.

En effet, le suivi médical est réalisé sous forme d'entretien sans structure réelle, le patient étant un peu le guide du dialogue. Il en ressort un état psychologique ou une motivation difficile à retranscrire.

Un questionnaire de base est quand même réalisé mais la fragilité de certains sujets ne permet pas un remplissage rigoureux. Il est en effet, difficile d'interrompre une personne désireuse de se confier sous prétexte de remplir scrupuleusement une fiche de renseignements.

D'autre part, s'installe aussi une certaine confiance et une complicité entre le patient et son éducateur. Par ce biais les notes deviennent parfois superflues.

Cette étude ayant été réalisée sur plusieurs années, l'interrogatoire des éducateurs devient difficile, la majorité des patients ayant été perdus de vue.

A noter que certains items demandent un travail de mémoire de la part du patient sur l'historique de sa toxicomanie : âge de début exact par exemple ou produit de départ souvent multiple.

La connaissance de l'évolution du toxicomane repose fréquemment sur le hasard des rencontres des éducateurs avec leurs anciens patients plus que sur le suivi institutionnel à court, moyen ou long terme. Ces "retrouvailles" inopinées permettent en quelques mots d'apprécier le bien-être et la réinsertion sociale du patient. Ces cas restent cependant très rares et il est beaucoup plus fréquent de perdre de vue les personnes ayant réalisé un sevrage.

Le dernier problème qui s'est posé dans ce recueil de données est celui de la correspondance des dossiers entre ceux de l'annexe de réanimation et l'UFATT.

En effet, les patients traités en ARM ont été répertoriés sous X. Il a fallu, par le biais des prénoms et des dates de naissance, retrouver la correspondance avec ceux de l'UFATT.

Ceci n'a pas été toujours possible surtout pour 94, l'informatique faisant ses débuts dans les services. Certains dossiers n'ont pas pu être complétés, le patient restant introuvable (date de naissance ne correspondant pas ou dossier perdu).

1.3 Conclusion

De nombreux biais existent dans cette étude, le principal étant peut-être celui du double dossier pour chaque patient. En effet, il arrive que pour une même question posée, nous retrouvions deux réponses différentes, le toxicomane ayant à faire à un interlocuteur différent à des moments où son état psychologique et ses motivations étaient différentes.

2. Discussion de l'étude

2.1 Incarcération / Interpellation

Existe-t-il une relation entre les différents produits consommés, leur mode d'administration et le fait d'avoir été incarcéré ?

Au travers de notre étude aucune incidence n'a été noté.

Nous avons cependant constaté que 23 % des toxicomanes consommant du LSD ont été incarcérés contre 50 % pour les autres donc significativement moins incarcérés. Ceci étant probablement dû à la circulaire du 17 mai 78 qui différencie les usagers de haschich des autres consommateurs de drogues dites "dures". Cela n'empêche pas l'augmentation annuelle d'environ 20 % du nombre d'interpellations. (19)

A noter qu'un 1/4 des toxicomanes ont comparu devant la justice avant d'avoir été en contact avec la drogue, 2/3 pendant, dont la moitié qui ont été incarcérés. (19)

La criminalité liée à la toxicomanie représente une large part des crimes contre la personne ou la propriété (33). Selon Facy, la moitié des sujets en institutions ont connu la prison et ceci pour des motifs différents (vols, violence, cambriolage, infraction à la législation). (53)

Pour de nombreux auteurs, l'incarcération reste un facteur défavorable pour le sevrage et la bonne évolution du toxicomane. Même par le biais de l'injonction thérapeutique, qui reste comme le disent Cordier et Petit : "une restriction des libertés individuelles." (33)

L'avantage des consultations toxicologiques, en milieu carcéral, est d'établir une rencontre entre un thérapeute et le toxicomane pouvant être le starter d'une prise en charge thérapeutique ; même si ces interventions se font essentiellement dans un contexte d'urgence. (37)

2.2 Sexe - Age - Age début

80 % des toxicomanes ont moins de 30 ans et le rapport Hommes/Femmes est de 2,5.(19)

Bien que le sexe ratio de notre étude soit légèrement supérieur (3,5 au lieu de 2,5), le profil de la toxicomanie est toujours le même avec un âge de début vers 16 ans par la consommation de cannabis, une évolution vers l'héroïnomanie entre 19 et 21 ans et une première consultation auprès d'un centre 4 à 5 ans après, ce qui correspond à un âge moyen de 25-26 ans lors de la prise en charge. (19) (24) (37) (53)

Les statistiques effectuées ne montrent pas de différence significative entre le taux de réussite de la cure et le sexe du patient. Il semblerait pourtant que la fréquentation des centres de soins soit plus importante pour les femmes, ces dernières ayant une perception des symptômes différents de celle des hommes. (19)

De même, l'âge du sujet, le début de l'intoxication et la voie d'administration n'influent pas sur le succès de la cure et l'évolution du toxicomane.

2.3 Nombre de cures

Notre étude révèle que le fait de faire 1,2,3 ou 4 cures n'augmente pas les chances de réussite. Cependant, si on regroupe les patients ayant fait 1 cure et ceux qui ont fait plus d'une cure, le KHI 2 devient significatif : 55 % de réussite à la première cure et seulement 37 % au-delà.

Ceci est en contradiction avec la littérature qui révèle que la première cure est souvent suivie d'une rechute. Selon Ingold, la demande de sevrage est souvent faite dans un contexte d'urgence ; le patient n'est, à pas ce moment, prêt à subir la cure qui devient un échec. L'impression du toxicomane reste négative et l'idée de recommencer un sevrage les effraie. Le drogué posséderait un "capital-cure" qu'il ne faudrait pas négliger. (34) (71)

2.4 Milieu socio-professionnel

Les patients de l'UFATT sont pour la majorité des gens célibataires vivants pour la moitié d'entre eux chez des parents souvent séparés (divorce ou décès d'un des deux conjoints).

La plupart sont sans profession et ceux qui ont la chance de travailler ont le plus souvent un statut d'ouvrier correspondant à un niveau scolaire relativement bas.

Ceci est en corrélation avec la littérature.

Pour Charles-Nicolas, le toxicomane sous-estime les difficultés socio-familiales et rend responsable ses parents, qui selon lui, ne l'ont pas préparé à la vie sociale. Le drogué va même jusqu'à se considérer comme "un sujet par procuration", destiné à rendre la vie des parents plus satisfaisante.

En fait, ces perturbations familiales (parents séparés, décédés, alcooliques) sont des événements traumatiques qui seraient plutôt à l'origine de la toxicomanie. On recense en effet, beaucoup d'enfants abandonnés, élevés par leurs grands-parents ; des pères décédés, alcooliques et des mères dépressives ou surprotectrices évoluant selon un "mode symbiotique" avec leur enfant.(1) (23) (24) (37)

La différence significative est donc, pour les toxicomanes indépendants financièrement et entouré de leur famille, pour qui l'évolution est plus favorable surtout quand ils rencontrent une compagne et deviennent à leur tour, parents.

La réinsertion socio-professionnelle paraît donc indispensable. (37)

2.5 Déroulement de la cure

En ce qui concerne la cure elle-même, existent-il des facteurs de bon pronostic ou aidant au bon déroulement du sevrage ?

La recherche des toxiques urinaires confirme la consommation récente des produits toxiques. Cela dit, il semblerait, au travers de notre étude, que la présence de benzodiazépines dans les urines entraînerait un arrêt plus précoce de la cure (au 3^e jour environ au lieu du 5^e jour). (19)

Les consommateurs de benzodiazépines suivraient apparemment moins bien la cure que les autres.

Ceci serait due à une accoutumance aux benzodiazépines, qui sont aussi utilisées lors du sevrage pour diminuer l'anxiété du syndrome de manque. Il faut donc prescrire les substances toxicomanogènes possible.

Pendant les cures le protocole clonidine mis en route a parfois été associé à un protocole tranquillisant et/ou somnifère. Cette association de traitement n'a apparemment eu aucune incidence sur l'aboutissement de la cure.

Cependant, sur 59 hospitalisations où un somnifère a été administré, si on regroupe les patients ayant reçu le protocole à J0 et ceux qui l'ont reçu à partir de J1, on se rend compte que l'arrêt de la cure se fait plus tard et ceci d'autant plus que le protocole somnifère est administré tard.

Tous les auteurs s'accordent donc à dire que le traitement de l'anxiété et de la dépression post-sevrage est impératif. Le tout est d'utiliser des thérapeutiques suffisamment efficaces sur le syndrome d'abstinence sans procurer de plaisir au toxicomane. Les benzodiazépines, les hypnotiques non barbituriques, les neuroleptiques non sédatifs et les tricycliques comme antidépresseurs restent de rigueur. (19) (30) (37) (70) (71) (72) (103) (119)

F- CONCLUSION

Malgré les nombreux biais que comporte cette étude et les difficultés rencontrées pour réunir les informations concernant les sujets traités, les conclusions qui peuvent être tirées de cette évaluation sont similaires à celles rencontrées dans la littérature.

Le toxicomane se présentant auprès de l'U.F.A.T.T. pour une prise en charge et un sevrage a en moyenne 25 ans, est célibataire, vit chez ses parents et est issu d'un milieu familial souvent dissocié avec des parents séparés (divorce ou décès d'un d'entre-eux).

A noter une majorité d'hommes (sexe ratio de 3,5) qui pour 1/3 d'entre-eux travaillent et sont dans la plupart des cas employés comme ouvriers vu leur bas niveau scolaire.

Concernant leur dépendance, le produit principal consommé est l'héroïne qu'ils ont débuté aux alentours de 21 ans.

Quant au produit initial, c'est le cannabis qu'ils ont commencé vers l'âge de 16-17 ans.

La polytoxicomanie implique plusieurs substances consommées et les plus rencontrées sont la cocaïne, les dérivés codéïnés, les benzodiazépines sans oublier une dépendance fréquente au tabac et à l'alcool.

La majorité des demandes de sevrage sont faites par le patient lui-même, et si nombreux d'entre eux ont des antécédents de condamnation ou d'incarcération en relation avec la drogue.

Ils n'en sont souvent pas à leur première cure et 50 % ont déjà reçu un produit de substitution comme le Subutex ou la Méthadone.

Le patient toxicomane est souvent dénutri, sujet à de multiples infections.

Leur profil sérologique reste pour une bonne majorité d'entre-eux négatif pour le virus du SIDA (ceci surtout depuis la libération de la commercialisation des seringues). Par contre la séropositivité de l'hépatite C reste élevée et ces résultats demandent une vigilance particulière.

Concernant la cure elle-même, nous avons constaté que l'association d'un somnifère au protocole clonidine était un plus. Aujourd'hui le Stilnox remplace le Rohypnol qui créait une pharmacodépendance.

Il s'avère aussi que les consommateurs réguliers de benzodiazépines suivent moins bien leur cure que les autres.

Au décours du sevrage, une majorité des patients étudiés est retournée à domicile.

Sur cette étude il y a eu pratiquement autant de cures à terme (69 cures) que d'échec (65 cures) qui sont survenus entre le quatrième et le cinquième jour.

Le pourcentage de réussite de ces séjours est donc tout à fait honorable. Encore faut-il savoir quel est le pourcentage de rechute à moyen et long terme qu'il nous a été difficile à évaluer faute de moyens de suivi, le patient restant le seul à décider de ses rencontres ultérieures avec l'U.F.A.T.T..

Quoiqu'il en soit la Lorraine reste une région sensibilisée au problème de la toxicomanie. La conférence régionale de santé en témoigne. (Annexe n° 3)

III OUTILS PRECONISES DANS LE SUIVI DU TOXICOMANE

L'évaluation du devenir du toxicomane passe par un suivi au long cours du patient.

Il est en effet aujourd'hui difficile d'estimer réellement le nombre de sujets guéris c'est à dire qui ne dépendent plus d'une substance illicite et qui ont retrouvé une place dans la société.

Pour effectuer ce long suivi, il faut comme nous l'avons déjà précisé auparavant une prise en charge globale et rigoureuse du patient.

La phase initiale du traitement est souvent décisive car c'est là que s'établit la relation de confiance entre les professionnels de la santé et le toxicomane.

Il faut que le patient se sente suffisamment épaulé pour éviter les rechutes qui sont déjà fréquentes.

A- INTERROGATOIRE

Pourquoi ne pas aider les équipes médicales à réaliser un interrogatoire qui permettra une bonne connaissance du patient par le biais d'un questionnaire basé sur un questionnaire précis qui sera rempli à l'entrée du service ?

On pourrait alors comparer les données du patient à deux moments différents, ce qui serait intéressant du fait de la fluctuation de l'état psychologique du toxicomane. A quel moment le sujet fait-il plus confiance au médecin ?

Voici à quoi pourrait ressembler le document à remplir à l'entrée du patient :

NOM :
PRENOM :
ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :
LIEU DE NAISSANCE :
SEXE :

NOM ET ADRESSE DU MEDECIN TRAITANT :

DATE D'ENTREE DANS LE SERVICE :

PROFESSION ACTUELLE :
SITUATION MATRIMONIALE :

NOMBRE D'ENFANT :

ORIGINE DE LA DEMANDE :

INCARCERATION :
CONDAMNATION :

NOMBRE :
NOMBRE :

ANTECEDENTS FAMILIAUX :

PERE Vivant ☐
 Décédé ☐

MERE Vivante ☐
 Décédée ☐

Antécédents médicaux :

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents chirurgicaux :

FRATRIE : Nombre :

Antécédents toxicologiques :

ANTECEDENTS PERSONNELS

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

TABAC ☐
Nombre / jour

ALCOOL ☐
Fréquence / semaine

SEVRAGE ANTERIEUR :
 Ambulatoire : Nombre :
 Hospitalier : Nombre :
 Substances utilisées :

OUI ☐ NON ☐
Dates : Lieux :
Dates : Lieux :

TRAITEMENT MEDICAL D'ENTREE :

HISTORIQUE DE LA TOXICOMANIE

AGE DE DÉBUT DE LA TOXICOMANIE :
Produit de départ :

PRODUIT MOTIVANT LE SEVRAGE :
Age de début de consommation :

MODE D'ADMINISTRATION :
 per os ☐
 Inhal   ☐
 Intraveineux ☐

Si oui, depuis combien de temps :

ABSTINENCE ACTUELLE :

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, depuis combien de temps :

SUBSTITUTION ANTERIEURE :

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, de quel type :

SUBSTITUTION ACTUELLE :

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, de quel type :

SUIVI ACTUEL DE LA TOXICOMANIE :

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, de quel type :

SUIVI ULTERIEUR ENVISAGE:

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, de quel type :

POST-CURE DEMANDEE :

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, lieu :

PRODUITS SECONDAIRES DURANT LES 12 DERNIERS MOIS

Héroïne	☐	Benzodiazépines	☐
Morphine, opium, opiacés	☐	Autres hypnotiques. Tranquillisants	☐
Dérivés codeïnés	☐	Toluène	☐
Subutex détourné	☐	Ether	☐
Méthadone détournée	☐	Trichloréthylène	☐
Cocaïne	☐	Colles	☐
Crack	☐	Autres solvants	☐
Stimulants (amphétamines)	☐	Cannabis et dérivés	☐
Ecstasy	☐	LSD et autres dysléptiques	☐
Antidépresseurs	☐	Autres substances	☐
Barbituriques	☐	Aucun produit	☐

B- SCORE DE HANDELSMAN (68) (Annexe n° 4)

Du point de vue clinique, l'hospitalisation pour sevrage est aussi le moment de faire un bilan somatique.

Quelques données cliniques sont importantes à connaître pour une prise en charge médicale efficace.

Le patient arrive-t-il en hospitalisation avec des signes de manque ? Si ce n'est pas le cas, à partir de quel moment apparaissent-ils ?

Le score de HANDELSMAN peut nous permettre d'évaluer quotidiennement et même plusieurs fois par jour les signes cliniques du sevrage. (Annexe n° 4)

Ce score est effectué en parallèle par le médecin ou une personne de l'équipe soignante et le patient afin d'évaluer au mieux l'intensité du syndrome de manque.

Conditions de réalisation :

2 échelles de bonne sensibilité sont proposées :

1- L'échelle subjective du sevrage aux opiacés (ESSO).

Elle est cotée par le patient :

Ce test regroupe 16 items qui reflètent les troubles moteurs neuro-végétatifs, gastro-intestinaux, musculaires et psychiques du sevrage aux opiacés.

Les patients estiment chaque item sur une échelle de 0 à 4 en fonction de leur degré d'importance au moment du test.

La somme des scores de chaque item représente le score total de l'ESSO. (Le minimum est 0 et le maximum est 64).

NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE : _____

EVALUATION FAITE AU JOUR J _____

ESSO : Echelle subjective du Sevrage aux Opiacés. (cotée par le patient).

- | | |
|--|-------|
| 1- Je suis anxieux, | /.../ |
| 2- Je baille, | /.../ |
| 3- Je transpire, | /.../ |
| 4- Mes yeux larmoient, | /.../ |
| 5- J' ai le nez qui coule, | /.../ |
| 6- J'ai la chair de poule, | /.../ |
| 7- J'ai des tremblements, | /.../ |
| 8- J'ai des frissons chauds, | /.../ |
| 9- J'ai des frissons froids, | /.../ |
| 10- Mes os et mes muscles me font mal, | /.../ |
| 11- Je me sens nerveux, | /.../ |
| 12- J'ai des nausées, | /.../ |
| 13- J'ai des vomissements, | /.../ |
| 14- Mes muscles tressautent, | /.../ |
| 15- J'ai des crampes d'estomac, | /.../ |
| 16- Je suis à bout de nerfs. | /.../ |

TOTAL _____

Echelle cotée de 0 à 4

- 0 = Pas du tout,
- 1 = Léger,
- 2 = Modéré,
- 3 = Intense,
- 4 = Extrême.

2- L'échelle objective du sevrage aux opiacés (EOSO).

Elle est cotée par le professionnel de santé au même moment que le patient.

Le temps que met le patient à remplir l'ESSO sera la période d'observation de l'investigateur pour compléter l'EOSO.

Ce test comporte 13 items observables du sevrage aux opiacés.

Chaque items est côté en terme d'absence ou de présence.

Le score de l'EOSO est le score total des signes observés pendant cette période. (le minimum est 0 et le maximum est 13).

Le test ne requiert aucune communication entre l'observateur et le sujet. Il est nécessaire que pour un sujet donné, l'investigateur soit toujours le même.

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE : _____

EVALUATION FAITE AU JOUR J _____

EOSO : Echelle Objective de Sevrage aux Opiacés (cotée par l'investigateur).

1- Bâillements présent /.../ absent /.../

(nombre pendant la période d'observation),

2- Rhinorrhée présent /.../ absent /.../

(nombre de reniflements pendant la période d'observation),

3- Piloérection présent /.../ absent /.../

Chair de poule observée sur les bras du patient,

4- Transpiration, présent /.../ absent /.../

5- Larmoiement, présent /.../ absent /.../

6- Mydriase, présent /.../ absent /.../

7- Tremblements (mains), présent /.../ absent /.../

8- Frissons chauds et froids présent /.../ absent /.../

Le patient grelotte ou se recroqueville,

9- Agitations : fréquents changements de positions, présent /.../ absent /.../

10- Vomissements, présent /.../ absent /.../

11- Fasciculation musculaire, présent /.../ absent /.../

12- Crampes abdominales : le sujet se tient le ventre, présent /.../ absent /.../

13- Anxiété (légère à forte) : présent /.../ absent /.../

Légère : le sujet pianote, tape du pied, remue sans cesse,

Modérée à sévère : agité, incapable de rester assis,

tremble, panique, se plaint spontanément de difficultés

à respirer, de sensations d'étouffement, de palpitations.

TOTAL PRESENTS

C- PROTOCOLE / CONTRAT (Annexe n° 5 et 6)

1. Biologie

Un bilan systématique est effectué à l'entrée dans ce service et ce depuis plus de 15 ans. Actuellement, quelques composantes biologiques n'ont plus lieu d'être. A l'heure des restrictions de budget et des économies de santé, il faut revoir certaines données.

Ainsi le magnésium était réalisé sur la demande du centre de Vittel et ne nous apporte rien plus aujourd'hui.

De même les complexes immuns circulants et les immunoglobulines n'ont pas fait la preuve de déficit immunitaire plus fréquent chez le toxicomane sauf dans des conditions particulières. Ce dosage ne doit plus être fait systématiquement.

Les cathécolamines sanguins et urinaires sont-elles aussi superflues dans ce bilan systématique d'entrée.

2. Examens complémentaires

Seuls quelques examens complémentaires sont nécessaires à l'entrée du patient comme l'intradermo-réaction (I.D.R.) pour le profil sérologique de la tuberculose, l'électrocardiogramme (E.C.G.), la radio pulmonaire pour les infections éventuelles, l'échographie cardiaque dans un contexte d'endocardites fréquentes chez les toxicomanes. Les autres examens sont à discuter en fonction du patient.

Le protocole proposé serait le suivant :

PROTOCOLE

EXAMEN CLINIQUE D'ENTREE

Examen cardiaque :	Rythme : T. A. : Souffle cardiaque	Etat cutané :	Points d'injection : Ecchymoses : Abscesses
Examen pulmonaire :	Auscultation Dyspnée :	Examen cavité buccale :	Etat dentaire : Candidose
Aires ganglionnaires :	Cervicales : Sous-axillaires : Inguinales :	Etat dénutrition :	Oui ☐ Non ☐ Poids : Taille :
		Examen abdominal :	Douleur abdominale : Hépatomégalie : Splénomégalie :

EXAMENS BIOLOGIQUES

SANGUIN

NF plaquettes

VS, PCR

Urée – Créatinine

TGO – TGP – GGT

CPK

Glycémie à jeun

Na⁺ K⁺ CL⁻

Sérologies HIV1 - HIV2

Antigène HbS

Antigène HbC Anticorps HbC

TPHA - VDRL

URINAIRE

Culot urinaire

Toxiques urinaires : opiacés
Benzodiazépines
Cannabis
Cocaïne
Neuroleptiques
Paracétamol
Barbituriques
Phénobarbital
Autre

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

IDR
RP Face
ECG

} Systématique

Echographie cardiaque, si souffle cardiaque
si température

Hémocultures si Température

CONDITIONS D'INCLUSION

- sevrage depuis plus de 24 heures,
- présence de signes de manque,
- acceptation du contrat par patient.

TRAITEMENT :

- Catapressan par voie orale (1/2 comprimé toutes les 3 heures ou 75 mg soit 60 mg / jour),
- Stilnox 1 à 2 comprimé le soir,
- Traitement symptomatique du syndrome de manque,
- Psychothérapie.

3. Substitutions utilisées

Aujourd'hui encore la clonidine reste la molécule de référence dans les sevrages aux opiacés. Elle est associée à un traitement symptomatique qui est plutôt bien toléré par les patients.

Pourquoi ne pas envisager de nouveaux protocoles de traitement ?

- La lofexidine paraît être un hypotenseur efficace dans le sevrage du fait de son absence d'effets secondaires. Malheureusement elle n'est pas commercialisée.
- L'atarax est un tranquillisant qui ne paraît pas avoir de pharmacodépendance contrairement aux autres. Pourquoi ne pas l'utiliser ?

Il faut penser qu'actuellement la moitié des patients se présentant pour un sevrage sont sous traitement de substitution.

La demande a donc changé et il ne serait peut être pas judicieux de changer aussi un protocole de sevrage qui a fait ses preuves dans beaucoup de circonstances.

4. Conditions d'inclusion

Elles sont similaires à celles rédigées antérieurement.

Cependant on pourrait par le biais du contrat d'entrée, essayer de «fidéliser» les toxicomanes en leur imposant une visite auprès d'un professionnel de santé dans les mois qui suivent le sevrage (6 mois, 1 an, 18 mois, voire plus).

La toxicomanie est une pathologie chronique. Cette maladie nécessite un suivi régulier au même titre qu'un diabète.

Ainsi tous les patients qui souhaiteraient une cure devraient se plier à cette exigence en plus des règles imposées habituellement.

Le problème est de savoir si le fait d'imposer des consultations ultérieures ne dérangerait pas le patient et on peut se poser la question de la fiabilité de ces entretiens effectués sous la contrainte si le sujet accepte cette condition.

La relation de confiance dont on parle souvent ne serait-elle pas entamée par cette obligation ?

Il faudrait de plus prévoir longtemps à l'avance ces rendez-vous qui se feraient auprès d'un médecin qui pourrait faire partie d'un réseau.

Ici le médecin généraliste pourrait trouver sa place dans le suivi du toxicomane.

On pourrait au moins espérer toucher les toxicomanes « guéris » qui par le biais de cette réussite auraient acquis une estime de soi.

On considérerait alors que les sujets ayant échoué seraient ceux qui n'auraient pas consulté.

Reste à savoir, dans quelle mesure le toxicomane sevré et réintégré souhaiterait se retrouver face à son milieu thérapeutique.

C O N T R A T

(A faire signer au patient à l'entrée dans le service s'il le désire)

- Durée de la cure : 8 jours.
- Pas de visite.
- Pas de contact téléphonique.
- Sorties autorisées dans le cadre de la structure hospitalière accompagnées d'un membre du personnel.
- Pas de consommation de stupéfiants.
- Accepte d'être fouillé à l'entrée du service pour éviter l'introduction de substances illicites.
- Prendre le traitement à la dose prescrite quotidiennement.

Le patient s'engage à consulter ultérieurement tous les 6 mois environ :

- soit un membre de l'U.F.A.T.T.,
- soit un médecin généraliste qui transmettra l'évolution clinique psychologique et socio professionnelle à l'U.F.A.T.T. et ceci quelque soit l'échéance de la cure.

Rendez-vous prévu le : _____ auprès de : _____

Une rupture d'une des closes du contrat entraînera une sortie immédiate du service avec un entretien préalable.

Signature,
(facultative)

D- LETTRE DE SORTIE

Comme pour toutes les hospitalisations, un courrier est réalisé à la fin de la cure de sevrage mentionnant le déroulement de la cure.

Il ne faudra pas oublier de faire apparaître :

- date de la sortie,
- si arrêt de la cure, mentionné à quel jour,
- rédaction d'une ordonnance de sortie ou non,
- l'orientation du patient (retour à domicile ou non),
- si une post cure est envisagée ; à quel endroit ?

Ceci nous permettra de bien comptabiliser les cures à terme, l'orientation et le devenir du patient.

Et s'il y a échec de la cure, savoir à quel moment exactement le contrat est rompu.

E- CONCLUSION

En étant le plus précis possible on peut espérer avoir le maximum de renseignements concernant la cure de sevrage et le profil du patient.

En comparant avec les données de l'UFATT on pourrait ainsi évaluer la fiabilité du discours du toxicomane.

L'estimation de son devenir reste quelque peu aléatoire mais par l'intermédiaire du contrat on peut espérer sensibiliser le patient au fait de l'importance du suivi. Cette méthode pourrait nous permettre d'estimer le pourcentage de patients qui reconsulteront ultérieurement sans la demande du sevrage.

CONCLUSION

Le sevrage est une phase importante de la prise en charge globale du toxicomane, qui reste décisive quant à l'avenir du sujet dépendant.

Cette période où s'établit un contact entre les équipes médicales et le patient permet un bilan somatique et psychique d'une personne fragile souvent demandeuse en urgence d'une solution d'attente vis à vis de sa dépendance.

C'est le moment d'établir une relation de confiance qui aboutira à l'élaboration un projet thérapeutique et à une éventuelle guérison.

Les méthodes de sevrage n'ont pas évoluées depuis quelques années.

C'est surtout le profil du patient qui a changé. La demande de cure vient aujourd'hui d'un sujet réintégré socialement et psychiquement qui reste dépendant d'une substance médicalement contrôlée comme le Subutex ou la Méthadone.

Notre étude, bien que décalée dans le temps reste fidèle à la littérature et reflète bien la personnalité, le contexte socio-professionnel du toxicomane.

Le problème rencontré reste celui du devenir du patient qui est toujours difficile à évaluer.

Par le biais de certains outils pour évaluer au mieux le profil du patient et l'historique de la toxicomanie nous pouvons espérer établir au mieux un projet thérapeutique et un suivi du sujet par le biais de consultations « obligatoires ».

Reste à savoir dans quelle mesure peut-on obliger un individu à consulter.

Cela étant, il est peut-être judicieux d'essayer, afin d'évaluer les résultats obtenus d'ici quelques années.

Peut-être serait-on surpris de voir l'intérêt que porte le toxicomane vis à vis de son suivi ultérieur.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 ANGEL S., ANGEL P.
Familles et toxicomanie. Clinique et thérapie
Confrontations psychiatriques 1987, 28, 167-179
- 2 ARDITTI J., BOURDON J.H., JEAN P., LANDI H., NASSET D., JOUGLARD J.,
THIRION X.
Déviation d'utilisation de la buprémorphine dans une série de 50 toxicomanes
hospitalisés au CHR de Marseille
Thérapie 1992, 47, 561-562
- 3 AURIACOMBE M., O'BRIEN C., TIGNOL J.
La buprémorphine dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés
Ann. Méd. Interne , 1994, 145, 27
- 4 AURIACOMBE M., TIGNOL J.
Sevrage et prise en charge des toxicomanes aux opiacés.
Rev. Prat. 1995, 45, 1384-1387
- 5 BAKRIS G.L., CROSS P.D., HAMMERSTEN J.E.
The use of clonidine for management of opiate abstinence in a chronic pain patient
Mayo clin. Proc. , 1982, 57, 657-660
- 6 BAUD F.
Drogues
Intoxications aiguës et chroniques, principes du traitement d'urgence
Rev. Prat. , 1991, 15, 1411-1414
- 7 BAUD F.J., BISMUTH C.
Traitement d'urgence de l'overdose
Rev. Prat. , 1987, 29, 1723-1727
- 8 BEAUVERIE P., KHAN E., GHALEH B., VAN DE VYVER M., POISSON N.,
JACQUOT C.
Pharmacodynamie comparée de la méthadone, de la buprémorphine et de la codéine
Ann. Méd. Interne , 1994, 145, 15-18
- 9 BIERNACKI P.
Recovery from opiate addiction without treatment : A summary.
Nida – Res – Monogr. 1990, 98, 113-119
- 10 BOISSONNAS A.
Les pratiques de substitution peuvent-elles être indiquées dans le sevrage des
toxicomanes à l'héroïne ?
Ann. Med. Interne, 1994, 145, 96-97

- 11 BOISSONNAS A., MADARIAGA E., TAULLELLE J., DESMET A,
GUYOMARD S., VERDIER D., CHRISTOFOROV B., CREMER G.A.
Sevrages des héroïnomanes en médecine interne. Modalités et résultats immédiats.
Ent. Bichat. 1991, Médecine, 88-90
- 12 BOURGEOIS M.
Une communauté thérapeutique pour toxicomanes : Satori (Unité 4B2 du V.A.
Hospital de Palo Alto)
Société Médico Psychologique 1978, 749-761
- 13 BOURGEOIS M., TIGNOL J.
Sevrage des toxicomanies aux opiacés par électrothérapie du type Limoge. Bilan de
400 cures
Société Médico. Psychologique 1982, 540-546
- 14 BOURGEOIS M., TIGNOL J.
L'électrothérapie transcérébrale (type Limoge) dans le sevrage des toxicomanes. A
propos de 66 cures
Nouvelle Presse Médicale 1981, 18, 1505
- 15 BOURGEOIS M., TIGNOL J.
Une nouvelle méthode de sevrage des toxicomanes par utilisation du courant de
Limoge
Société Médico. Psychologique 1980, 359-369
- 16 BOURGEOIS M., TIGNOL J.
Intérêt de l'électrothérapie dans le sevrage des toxicomanes
Bordeaux Méd. 1981, 14, 357-360
- 17 BRYOIS C., CALANCA A.
Techniques de sevrage physique des héroïnomanes en milieu hospitalier
Méd. et Hyg. 1988, 46, 2855-2858
- 18 BUNING E.
Advantages and disadvantages. Maintenance or adjuvant therapy.
Access to health care and social reintegration
Ann. Med. Interne, 1994, 145, 98-99
- 19 CAIRE M.
Approches épidémiologiques de la toxicomanie
Confrontations psychiatriques 1987, 28, 63-92
- 20 CARPENTIER J., BLOCH-LAINE J.F., HEFEZ S.
Intérêts et limites de traitement de substitution dans la prise en charge des toxicomanes
Ann. Med. Interne, 1994, 145, 50-51

- 21 CARPENTIER J., BOISSEAU C., CHARPAK Y., NORRY-GUILLOU F.
Analyse de la file active des patients héroïno-dépendants sous traitement substitutifs
suivis dans un cabinet de médecine générale.
Retour sur la période qui a précédé l'officialisation de la substitution opiacée
Rev. Prat., 1997, 375, 22-26
- 22 CHABANNES J.P., ROSSI F.
Sevrage du toxicomane
Rev. Prat. 1995, 310, 15-22
- 23 CHARLES-NICOLAS A.
Toxicomanie et environnement
Confrontations psychiatriques 1987, 28, 183
- 24 CHARLES-NICOLAS A.
L'héroïnomanie et sa famille
Rev. Prat. 1987, 29, 1711-1714
- 25 CHARLES-NICOLAS A.
Le centre Marmottan ou la prise en charge institutionnelle des toxicomanes
223-234
- 26 CHARLES-NICOLAS A.J.
Les centres de traitement de toxicomanes
Rev. Prat. 1982, 37, 2487-2489
- 27 CHARPAK Y.
Critères d'évaluations des résultats des programmes de substitution pour les
toxicomanes en fonction des objectifs et des moyens : haut seuil, bas seuil, sevrage
Ann. Med. Interne, 1994, 145, 69-70
- 28 Clonidine, effects on the CNS
- 29 COLONNA L., VIVET M.
L'avenir du toxicomane
Rev. Prat. 1982, 37, 2479-2482
- 30 Conférence du consensus
Modalités de sevrage chez les toxicomanes dépendant des opiacés
Rev. Prat 1998, 424, 18-24
- 31 COOPER J.
Mauvaise utilisation des psychotropes.
Le traitement par la méthadone ne fait pas exception
JAMA 1992, 17, 239-241
- 32 CORCOS M.
Sevrage d'un héroïnomanie
Gaz. Méd. 1989, 96, 25-26

- 33 CORDIER B., PETIT M.
Héroïnomanie, aspects médico-légaux
Rev. Prat. 1987, 29, 1717-1721
- 34 COUMAROS D., BUCHER C.
Etude de 77 toxicomanes aux opiacés admis pour sevrage en service de médecine
J. méd. Strasbourg 1988, 19, 133-138
- 35 CURTET F.
La Législation sur la toxicomanie
Possibilités et limites
Rev. Prat., 1982, 37, 2491-2494
- 36 CURTET F.
Une prise en charge des toxicomanes, 247-249
- 37 CURTET F., DAVIDSON F.
Le devenir des toxicomanes
Société médico-psychologique 1979, 889-899
- 38 CURTET F., INGOLD R., CHARLES-NICOLAS J.A.
Conduite à tenir devant un toxicomane
Conc. Méd. , 1978, 100, 5297-5303
- 39 DE GALARD D., TABOADA M.
Organisation des soins et prise en charge des toxicomanes
Rev. Prat. 1997, 380, 33-35
- 40 DEGLON J.J.
Dans le cadre de la prise en charge thérapeutique des toxicomanes, les pratiques de substitution sont-elles indiquées comme maintenance ?
Ann. Med. Interne, 1994, 145, 92-93
- 41 DEGLON J.J.
En quoi les pratiques de substitution favorisent-elles l'insertion sociale des toxicomanes ?
Ann. Med. Interne, 1994, 145, 100-101
- 42 DENIKER P., LOO. H.
Etude préliminaire en ouvert de l'amineptine sur le syndrome déficitaire des hébéphrènes et des toxicomanes au décours du sevrage.
L'Encéphale 1981, 7, 59-64
- 43 DENIKER P., LOO H., CUCHE H.
Traitements modernes des toxicomanies
Ent. Bichat 1975, Psychiatrie, 251-256

- 44 DENIKER, LOO H., ZARIFIAN E., ARCHE F.
Essais préliminaires de la méthadone dans le traitement des toxicomanies aux opiacés.
Ann. Méd. Interne 1974, 5, 459-462
- 45 DENIKER P., LOO. H., ZARIFIAN E., CUCHE H.
Utilisation de la méthadone dans le traitement des toxicomanes aux opiacés
Rev. Prat. 1975, 17, 1317-1324
- 46 DENIKER P., PERRON J.L., LOO H., GAY C., OLIE J.P., CHARLES-NICOLAS J.
Toxicomanies aujourd'hui
Ent. Bichat 1988, Thérapeutique, 200-211
- 47 DIGONNET C., KRETZSCHMAR J.F.
Recherche sur le suivi institutionnel des toxicomanes
Psychologie Médicale 1982, 14, 447-448
- 48 DUGARIN J.
Drogues et médicaments détournés de leur usage
Aspects médico-légaux, cliniques, psychologiques
Rev. Prat. 1991, 15, 1403-1410
- 49 DUGARIN J., NOMINE P.,
Toxicomanie : historique et classifications
Confrontations psychiatriques 1987, 28, 9-62
- 50 EICHENBERGER G.
Méthadone et médecine de ville
Méd. et Hyg. , 1989, 47, 1937-1943
- 51 Enquête médecine et toxicomanie
Un rôle actif pour le généraliste
Rev. Prat. , 1987, 29, 1757-1760
- 52 FACY F.
Epidémiologie des toxicomanies et follow-up
Méd. et Hyg. 1988, 47, 1945-1950
- 53 FACY F., PHILIPPE A., VERRON M.
L'héroïnomanie : impact social et économique
Rev. Prat. 1987, 29, 1703-1709
- 54 GELD M.S., POTTASH A.C., SWEEMEY D.R., KLEBER H.D.
Opiate withdrawal using clonidine
JAMA , 1980, 243, 343-346

- 55 GERRA G., MARCATO A., CACCAVARI R., FONTANESI B., DELSIGNORE R., FERTONANI G., AVANZINI P., RUSTICHELLI P., PASSERI M.
Clonidine and opiate receptor antagonists in the treatment of heroin addiction
Journal of substance abuse treatment, 1995, 12, 35-41
- 56 GIRARD M., ESCANDE M., GRANIER F., GARDES J.P.
Application de la clonidine au traitement de l'état de manque des toxicomanies opiacées.
L'Encéphale 1982, 8, 37-48
- 57 GIROS B., SCHWARTZ J.C.
Les peptides opioïdes et leurs récepteurs
Rev. Prat. , 1987, 29, 1695-1702
- 58 GOLD M.S., CARTER-ROTTASH A., SWEEMEY D.R., KLEBER H.D.
Opiate withdrawal using clonidine
A safe, effective and rapid nonopiate treatment
JAMA, 1980, 243, 343
- 59 GOLD M.S., CARTER-ROTTASH A., SWEEMEY D.R., KLEBER H.D.
Efficacy of clonidine in opiate withdrawal : a study of thirty patients
Drug and Alcohol Dependence, 1980, 6, 201
- 60 GOLD S., REDMOND D.E., KLEBER H.D.
La clonidine dans le sevrage morphinique
The Lancet 1978, Avril, 924-930
- 61 GOLD S., REDMOND D.E., KLEBER H.D.
La clonidine bloque les symptômes du syndrome de sevrage
The Lancet 1978, septembre, 599-601
- 62 GORCEIX A., DUGARIN J., ROMMIER F.
Utilisation des alpha-mimétique pré-synaptiques dans le sevrage des héroïnomanes
Ann. méd. Interne 1985, 5, 389-392
- 63 GOSSOP M.
Clonidine and the treatment of the opiate withdrawal syndrome
Drug and Alcohol Dependence, 1988, 21, 253-259
- 64 GOURARIER L., LOWENSTEIN W., GISSELBRECHT M., CHAUVEAU J.M., HAAS C., DURAND H.
Syndrome de manque chez deux toxicomanes après injection intraveineuse de buprémorphine ?
La Presse méd., 1996, 27, 1239-1240
- 65 GRAVETT A.W.
Clonidine overdose and opiate withdrawal
Annals of Emergency medicine, april 1988

- 66 GRECY A.I., MARTIN A.
Le syndrome de sevrage dans les toxicomanies opiacées et les principes de la cure de désintoxication par la clonidine.
Synopse, 1985, 16, 54-58
- 67 GUPTA A.K., JHA B.K.
Clonidine in heroin withdrawal syndrome : a controlled study in India
British Journal of Addiction, 1988, 83, 1079-1083
- 68 HANDELSMAN L., CHOCHRANE K.J., ARONSON M.J., NESS R, RUBINSTEIN K.J., KANOF P.D.
Two New Rating Scales For opiate Withdrawal
Am J Drug Alcohol Abuse 1987, 13 (3), 293-308
- 69 HARTMANN F., POIRIER M.F., BOURDEL M.C.
Comparison of acetorphon with clonidine for opiate withdrawal symptoms
Am J. Psychiatry 1991, 148 : 5 , 627-629
- 70 HAYNAL A., SCHUTZ P.
Le toxicomane et son plaisir
Méd. et Hyg. 1988, 47, 1909-1914
- 71 INGOLD R.
Le sevrage du toxicomane
Bordeaux Méd. 1980, 13, 1231-1234
- 72 JUILLET P.
Règles générales du traitement
Rev. Prat. 1971, 7, 1089-1104
- 73 KAHN A., MUMFORD J.P., RUGERS G.A., BECKFORD H.
Double-blind study of loferidine and clonidine in the detoxification of opiate addicts in hospital
Drug and alcohol Dependence 1997, 44, 57-61
- 74 KERNEIS O., FELINE A.
Le contrat de sevrage des toxicomanes
Ent. Bichat 1987, Thérapeutique, 110-113
- 75 KLEBER H.D., TOPAZIAM M., GASPARI J., RIORDAN C.E., KOSTEN T.
Clonidine and naltrexone in the outpatient treatment of heroin withdrawal
A.M. J. Drug Alcohol Abuse, 1987, 13, 1-17
- 76 KOBINGER W.
Clonidine, a drug with many faces ?
TIPS, 1981, july, 194-196
- 77 KORCZYN A.D.
Clonidine for opiate withdrawal
The Lancet , 1980, 649

- 78 KOSTEN TR, HERBERT D., KLEBER MD.
Buprenorphine detoxification from opioid dependence. A pilot study
Life Sciences 1988, 42, 635-641
- 79 LACOMBLEZ L., PUECH A.
Pharmacologie de la diacétylmorphine (héroïne)
Rev. Prat. , 1987, 29, 1691-1694
- 80 LAGIER G.
Les médicaments de substitution de l'héroïne
Vedettes du jour
Conc. Med 1995, 117, 830-832
- 81 LAMBERT H., KIERZEK B., DEMOGEOT C., LARCAN A.
Le sevrage des toxicomanies aux opiacés en hôpital général
Intérêt de la clonidine – 30 Observations
Thérapie 1984, 39, 411-419
- 82 LAMBERT H., RASPILLER M.F., ORIZET C.
Modalités de sevrage des dépendances associées aux benzodiazépines, hypnotiques, alcool, chez les toxicomanes aux opiacés.
Mod. sev. doc. 1998
- 83 LAMBERT H., ORIZET C., KIERZEK B., RASPILLER M.F.,
Modalités de sevrage des dépendances associées aux benzodiazépines, hypnotiques, alcool, chez les toxicomanes aux opiacés.
Conférence de consensus 1998, 209-221
- 84 LAQUEILLE X.
Le traitement des héroïnomanies par le méthadone
Ann. Méd. Interne 1994, 145, 41-42
- 85 LAUZON P.
Substitutions et sevrage
Dans le cadre de la prise en charge thérapeutique des toxicomanes, les pratiques de substitution sont-elles indiquées dans le sevrage et selon quelles modalités ?
Ann. Med. Interne, 1994, 145, 87-88
- 86 LAUZON P.
Quand et comment peut-on sortir d'un programme de traitement par la méthadone ?
Ann. Med. Interne, 1994, 145, 94-95
- 87 LIPMAN J.J., SPENCER P.S.T.
Clonidine et retrait des opiacés
The Lancet 1978, septembre, 521
- 88 LOO H.
Les cures de sevrage
Confrontations psychiatriques 1987, 28, 221-234

- 89 LOO H., COTTEREAU M.J.
Le petit lexique du toxicomane
Rev. Prat. , 1971, 7, 1115-1118
- 90 LOO H., LAQUEILLE X.
La désintoxication ou le sevrage physique
Rev. Prat. 1987, 29, 1735-1739
- 91 LOO H., ZARIFIAN E.
La psychopathologie du toxicomane
Rev. Prat. 1982, 37, 2453-2457
- 92 LOWENSTEIN W., HAAS C., HUGUES F.C., LE JEUNNE C., DURAND H .
Intérêt comparé de l'acétylcalicylate de lysine et de la clonidine dans le sevrage des intoxications chroniques à l'héroïne à propos de 37 observations
J.P.B.O. n°22, avril mai juin 1986
- 93 MALE P.J.
Méthadone et devenir des toxicomanes
Rev. Med. suisse-romande, 1988, 108, 461-462
- 94 MALGOUZOU M., RIBOULOT M., MILHAUD A.
L'électro-analgésie transcérébrale. Réalité, hypothèse ou placebo ?
Nouvelle Presse Médicale 1981, 1, 42
- 95 MARTIN J.L., BROERS B.
Les causes de consultations des patients dépendants ou anciennement dépendants des drogues dans un service hospitalier ambulatoire de médecine interne
Méd. et Hyg. , 1991, 49, 2508-2510
- 96 MATOT J.P., ZOMBEK S.
Place de la méthadone dans le traitement des toxicomanies aux opiacés : données actuelle de la littérature
Rev. Med. Brux., 1991,12,3-8
- 97 MEUNIER J.C.
Actualités pharmacologiques
Récepteurs des opioïdes, tolérance et dépendance
Thérapie, 1992, 47, 495-502
- 98 MEYSTRE-AGUSTONI G., MARTIN J., HALLER-MASLOV E., CALANCA A., CEREGHETTI A.
Le devenir des toxicomanes pris en charge à l'aide de méthadone dans le canton de Vaud (1976-1986)
Rev. Méd. Suisse Romande 1988, 108, 501-518
- 99 MINO A., DEL RIO M.
Marginalisation médico sociale – toxicomanie – méthadone
Méd. et Hyg. 1991, 49, 2488-2493

- 100 NAHAS G.
Les drogues de substitution dans la toxicomanie
Conc. Med. 1993, 115, 1578-1580
- 101 OLIE J.P.
Pour la pratique...on retiendra...
Rev. Prat. , 1987, 29, 1747-1749
- 102 OLIE J.P., BUTTIN-MEYNIARD S.
Les cures de sevrage
Soins Psychiatrie 1988, 94/95, 25-27
- 103 OLIEVENSTEIN C.
Aspects psychodynamiques du développement et du devenir d'un toxicomane
Confrontations psychiatriques 1987, 28, 93-102
- 104 OLIEVENSTEIN C.S., CHARLES-NICOLAS A.J.
Clinique de la toxicomanie
La Librairie Le François, 251-255
- 105 ORIZET C., EL KOUCH S., MARTIN A., LAMBERT H.
Substitution par la méthadone à Nancy : bilan et perspectives
Ann. Méd. Nancy 1997, 36, 195-199
- 106 PATRICIO L.D., MIGUEL N.
Place du LAAM, de la méthadone et de la naltrexone dans la prise en charge des toxicomanes aux opiacés
L'expérience du Portugal
Ann. Méd. Interne 1994, 145, 28-30
- 107 POIRIER M.F.
Indications des benzodiazépines dans la prise en charge des toxicomanes
Ann. Méd. Interne 1994, 145, 52-53
- 108 POROT M.
Intoxication par les opiacés
Rev. Prat. , 1971, 7, 995-1007
- 109 RAGER P., BENEZECH M.
Traitement du sevrage aux opiacés par clonidine en milieu carcéral (bilan sur 36 patients)
Société Médico-psychologique 1987, 7, 603-607
- 110 REDALIE T.
Expérience hospitalière de sevrage
Méd. et Hyg. 1989, 47, 1931-36

- 111 REISINGER M.
Intêret comparé de la buprémorphine et de la méthadone
Ann. Méd. Interne, 1994, 145, 23-25
- 112 REMY C.
Le devenir du patient sous méthadone
What about the patient treated with methadone ?
Rev. Med. Brux., 1997, 18, 312-316
- 113 RESTELLINI-VUARAMBON L.
Sevrages physiques et problèmes somatiques chez les toxicomanes
Méd. et Hyg. 1989, 47, 1921-1926
- 114 REYNAUD M.
Les toxicomanies
1 vol., 509 p., Paris, 1984, Maloine éd.
- 115 RIMAILBO A.
Un nouveau traitement de soutien comportant l'utilisation de la naltrexone
La prise en charge de l'héroïnomanie aux Etats Unis
Rev. Prat. 1987, 29, 1751-1755
- 116 ROUVEIX B.
Opiates and immune function
Consequences on infections diseases with special reference to AIDS
Thérapie 1992, 47, 503-512
- 117 ROUX J.M.
Le sevrage des toxicomanes
Rev. Prat. 1982, 37, 2483-2486
- 118 ROUX J.M., LOO H.
Essai de la clonidine dans le sevrage des toxicomanes aux opiacés.
Nouvelle Presse Médicale 1979, 40, 3267
- 119 ROUX J.M., PERRON J.L.
Place du sevrage dans le traitement des toxicomanies
Rev. Prat. 1980, 58, 4091-4093
- 120 ROUX J.M., PERRON J.L.
Les traitements de l'héroïnomanie- Pronostic
Rev. Prat. 1987, 29, 1741-1746
- 121 RUEL M., MOREL A., ELGHOZI L.
Merci pour le rohypnol !
Interventions 2001, N°1 vol. 18, 3-11

- 122 SAN L., CAMI J.
Efficacy of clonidine, guanfacine and methadone in the rapid detoxification of heroin addicts : a controlled clinical trial
British Journal of Addiction 1990, 85, 141-147
- 123 SEGUELA J.P.
Toxicomanie et soins
Le concours médical 1993, 115-19, 1602-1603
- 124 SHIH-KU L., STRANG J., LIEN-WEN S., CHANG-JER T., WEINBERG H.
Double-blind randomised controlled trial of lofexidine versus clonidine in the treatment of heroin withdrawal
Drug and alcohol dependence, 1997, 47, 127-133
- 125 SIMON P.
Quelques aspects pratiques de la pharmacologie des substances donnant lieu à abus
Rev. Prat. , 1971, 7, 979-992
- 126 SORENSEN J.L.
Withdrawal from heroin in three or six weeks
Arch Gen Psychiatry 1982, 39, 167-171
- 127 TÄSCHNER K.L.
A controlled comparison of clonidine and doxepin in the treatment of the opiate withdrawal syndrome
Pharmacopsychiat 1986, 19, 91-95
- 128 Toxicomanie et soins
Conc. Méd. 1993, 115, 1602-1603
- 129 UHDE T.W., REDMOND E., KLEBER H.D.
Clonidine suppresses the opioid abstinence syndrome without clonidine – withdrawal symptoms : a blind inpatient study
Biomédical Press, 1980
- 130 VARIDEL P.
Expérience hospitalière de sevrage
Méd. et Hyg. 1989, 47, 1928-1930
- 131 VEDRINNE J., ELCHARDUS J.M., GEREY N.
Les personnalités du toxicomane
Confrontations psychiatriques 1987, 28, 103-121
- 132 VEDEILHIE C., DU COUEDIC H., LEDAN F., GAREL-EON A.
Toxicomanie et institution thérapeutique
Confrontations psychiatriques 1987, 28, 277-296

- 133 WASHTON A.M., RESNICK R.B.
Clonidine versus methadone for opiate detoxification
The Lancet, 1980, 1297
- 134 WILSON R.S., DI GEORGE W.S.
Methadone combined with clonidine versus clonidine alone in opiate detoxification
Journal of substance abuse treatment, 1993, col 10, 529-535



ANNEXES

ANNEXE n° 1

ENQUETE SUR LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES



numero du patient: _____ sexe: _
numero de la cure : _____

date d'entree de la cure: _____
date de naissance: _____

situation des parents: _____
pere: _
profession du pere: _____
mere: _
profession de la mere: _____

logement stable: _
logement precarie: _____
protection sociale: _
type de protection: _____
ressources: _____
situation matrimoniale: _
situation professionnelle : _
profession: _____
niveau scolaire: _

incarceration: _
condamnation: _

BILAN REALISE LORS DE L'HOSPITALISATION

ecg: _
si anomalie ecg: _____

radio pulmonaire: _
si anomalie rp: _____

atteinte renale: _
toxiques urinaires présents: _

opiaces: _
cannabis: _
cocaine: _
paracetamol: _
barbiturique: _
benzodiazepine: _
phenobarbital: _

autres toxiques urinaires: _____

autres problemes urinaires: _____

serologie hiv: _
serologie hbv: _
serologie hcv: _
serologie mst: _
complexes immuns circulants dosage: _
valeur des cic : _
immunite valeur: _

ANTECEDENTS D'HOSPITALISATION

nombre d'hospitalisation antérieures (sans compter celle-ci): ____
hospitalisation pour ts: ____
 si oui, nombre hospitalisation pour ts: ____
hospital pour overdose: ____
 si oui, nombre hospitalisation pour overdose: ____
hospital pour hiv: ____
 si oui, nombre hospitalisation pour hiv: ____
hospital pour hepatite: ____
 si oui, nombre hospitalisation pour hepatite : ____
autres motifs d'hospit: _____

ETUDE DE LA TOXICOMANIE:

age de debut de la toxicomanie: ____
annee de debut de la toxicomanie: ____
anciennete en annees: ____
produit principal ayant motive la consultation: ____
age de debut conso du produit principal: ____

produit de depart:

depart avec heroine: ____
depart avec opiaces: ____
depart avec derives codeines: ____
depart avec subutex: ____
depart avec methadone: ____
depart avec cocaïne: ____
depart avec crack: ____
depart avec stimulants: ____
depart avec ectasy: ____
depart avec antidépresseurs: ____
depart avec barbiturique: ____
depart avec benzo: ____
depart avec tranquillisants autres: ____
depart avec toluene: ____
depart avec ether: ____
depart avec trichorethylene: ____
depart avec colles: ____
depart avec solvants autres: ____
depart avec cannabis: ____
depart avec lsd et autres: ____
depart avec autres substances: ____
depart avec aucun produit: ____

consommation occasionnelle: ____

injection iv actuelle: ____
age de debut produit en iv: ____

abac: ____
alcool: ____

produit secondaire dans les 12 derniers mois:

secondaire heroine: _
secondaire opiaces: _
secondaire derives codeines: _
secondaire subutex: _
secondaire methadone: _
secondaire cocaine: _
secondaire crack: _
secondaire stimulants: _
secondaire ectasy: _
secondaire antidépresseurs: _
secondaire barbiturique: _
secondaire benzo: _
secondaire tranquilisants autres: _
secondaire toluene: _
secondaire ether: _
secondaire trichorethylene: _
secondaire colles: _
secondaire solvants autres: _
secondaire cannabis: _
secondaire lsd et autres: _
secondaire autres substances: _
secondaire aucun produit: _

ETUDE DE LA PRISE EN CHARGE :

substitution: _

traitement medical a l'entree: _

type de ttt 1 : _____

type de ttt 2 : _____

type de ttt 3 : _____

origine de la demande de la cure:

individuelle: _

proches: _

medecin ville ou partenaire sanitaire ext: _

partenaire social ext: _

scolaire universitaire: _

judiciaire: _

centre hospit: _

autre demande : _____

protocole a partir de quel jour: _

protocole clonidine: _

duree du protocole clonidine en jours: ____

protocole tranquilisants: _

duree du protocole tranquilisants en jours: ____

protocole somniferes: _

duree du protocole somniferes en jours: ____

protocole autre: _____

duree du protocole autre en jours: ____

surveillance a 48h: _____

surveillance 2/5j: _____

surveillance apres le 5j: _____

ordonnance de sortie: _

cure a terme: _

date de la cure a partir de quel jour: _____

date de sortie de la cure: / / /

orientation: _

suivi post sauvegarde: _

nombre de cures avant succès: _____

ANNEXE n° 2

DATE DE L'ENTRETIEN.....
INTERVENANT.....

DATE DU PREMIER ACCUEIL.....

NOM
DATE DE NAISSANCE.....

PRENOM.....
LIEU DE NAISSANCE.....

ADRESSE.....
.....

CODE POSTAL/VILLE.....
TELEPHONE.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT ET ADRESSE

Tél. :.....

.....

.....

SEXE

- ☐ Masculin
☐ Féminin

FAMILLE

Nombre d'enfants / /
Nbre enfant à charge / /
Nbre frères et soeur / /
Rang / /

NATIONALITE

- ☐ Française
☐ Etrangère
☐ Non précisé

PARENTS

- ☐ Ensembles
☐ Séparés
☐ Autre situation

PERE

- ☐ Vivant
☐ Décédé
☐ Handicapé
☐ Inconnu
Profession.....

MERE

- ☐ Vivante
☐ Décédée
☐ Handicapée
☐ Inconnue
Profession.....

DOMICILE

- ☐ Département
☐ Autre département/Région
☐ Hors région
☐ Sans information

/ / / N° département

LOGEMENT

- Stable
☐ indépendant
☐ dans la famille
Précaire
☐ Famille/entourage
☐ Foyer/hôtel/CHRS/appart relais
☐ Sans logement
☐ Sans information
☐ Autre

PROTECTION SOCIALE

- ☐ Non
☐ Oui Laquelle ?

ORIGINE DES RESSOURCES

- ☐ Revenu du travail
☐ ASSEDIC
☐ RMI
☐ AAH
☐ A la charge d'un tiers
☐ Autre
☐ Sans information

SITUATION MATRIMONIALE

- ☐ Célibataire
☐ Marié
☐ Veuf
☐ Divorcé
☐ Union libre > à 6 mois
☐ Autre

ACTIVITE PROFESSIONNELLE

- ☐ Continue
☐ Cont. Inter. les 6 derniers mois
☐ Intermittente
☐ Aucune
☐ Reprise
☐ Etudiant
☐ Arrêt prolongé
☐ Formation
Profession.....

NIVEAU SCOLAIRE ATTEINT

- ☐ Primaire
☐ Second. 1^{er} cycle
☐ Technique CAP
☐ Second 2^{ème} Cycle
☐ Technique BEP
☐ Baccalauréat général
☐ Baccalauréat technique
☐ Etudes supérieures (Bac +2)
☐ Autre

SUBSTITUTION :

- ☐ En cours
☐ Demandée

- ☐ Méthadone
☐ Subutex

- ☐ Pas de substitution
☐ Ne sait pas

Affection V.I.H.	Hépatite B	Hépatite C
Test de sérodiagnostic effectué	Test de sérodiagnostic effectué	Test de sérodiagnostic effectué
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Si oui, le test le plus récent est	Si oui, le test le plus récent est	Si oui, le test le plus récent est
☐ séropositif ☐ séronégatif ☐ inconnu	☐ séropositif ☐ séronégatif ☐ inconnu	☐ séropositif ☐ séronégatif ☐ inconnu
Date du dernier test /__/__/__/	Date du dernier test /__/__/__/	Date du dernier test /__/__/__/
Vaccination Hépatite B à jour	☐ oui	☐ non
Hospitalisation durant les 12 derniers mois	/ VIH ☐ oui..... ☐ non / PSY ☐ oui..... ☐ non	
.....		
.....		
Autres infections	☐ oui (actuelle) ☐ oui (antérieure) ☐ non	
.....		
Incarcération	☐ oui ☐ non	Si oui, avant toxicomanie ? ☐ oui ☐ non
Condamnation	☐ oui ☐ non	Contact institution avant suivi ou centre spécialisé ☐ oui ☐ non
Tentative de suicide	☐ oui ☐ non	Si oui, avant toxicomanie ? ☐ oui ☐ non
.....		
.....		

ORIGINE DEMANDE	NATURE DEMANDE	PRISE EN CHARGE
☐ Individuelle ☐ Proches ☐ part. sanitaire ext ou médecin/ville ☐ partenaire social ext ☐ scolaire/universitaire ☐ Judiciaire	☐ Sevrage hospitalier ☐ Sevrage ambulatoire ☐ Soins infirmiers ☐ Soutien psy/éduc ☐ Demande Méthadone ☐ Demande Subutex ☐ Autre	☐ Sevrage hospitalier ☐ Sevrage ambulatoire ☐ Trait. affection psy ☐ Substitution en ville ☐ Substitution UFATT ☐ Soutien psy/Educ ☐ Prévention, Orientation,
☐ Injonction thérapeutique ☐ Obligation de soins ☐ Obligation de visite	☐ Injonction thérapeutique ☐ Obligation de visite ☐ Obligation de soins	☐ Autre ☐ Sevrage/substitution dégressive
☐ Centre Hospitalier ☐ Autre		

Produit ayant motivé la consultation (avant substitution) (1)

A quel âge a-t-il commencé ce produit ?

/ _ / _ /

Produit de début (2)

A quel âge a-t-il commencé ce produit ?

/ _ / _ /

Produits secondaires durant les 12 derniers mois (3 - 4 - 5)

1 2 3 4 5

Héroïne	☐	☐	☐	☐	☐	ANTIDEPRESSEURS Survector Stablon Prozac
Morphine, opium, opiacés	☐	☐	☐	☐	☐	
Dérivés codéinés	☐	☐	☐	☐	☐	
Subutex détourné	☐	☐	☐	☐	☐	
Méthadone détournée	☐	☐	☐	☐	☐	BENZODIAZEPINES Rohypnol Tranxène Valium
Cocaïne	☐	☐	☐	☐	☐	
Crack	☐	☐	☐	☐	☐	
Stimulants (amphétamines)	☐	☐	☐	☐	☐	
Ecstasy	☐	☐	☐	☐	☐	AUTRES TRANQUILISANTS Stilnox Imovane
Antidépresseurs	☐	☐	☐	☐	☐	
Barbituriques	☐	☐	☐	☐	☐	
Benzodiazépines	☐	☐	☐	☐	☐	
Autres hypnot. Tranquillisants	☐	☐	☐	☐	☐	AUTRES MEDICAMENTS Respilène Mercalm
Toluène	☐	☐	☐	☐	☐	
Ether	☐	☐	☐	☐	☐	
Trichoréthylène	☐	☐	☐	☐	☐	
Colles	☐	☐	☐	☐	☐	
Autres solvants	☐	☐	☐	☐	☐	
Cannabis et dérivés	☐	☐	☐	☐	☐	
LSD et autres dysleptiques	☐	☐	☐	☐	☐	
Alcool	☐	☐	☐	☐	☐	
Autres substances	☐	☐	☐	☐	☐	
Aucun produit	☐	☐	☐	☐	☐	

Consommation occasionnelle ☐ oui ☐ non**Injection I.V.**

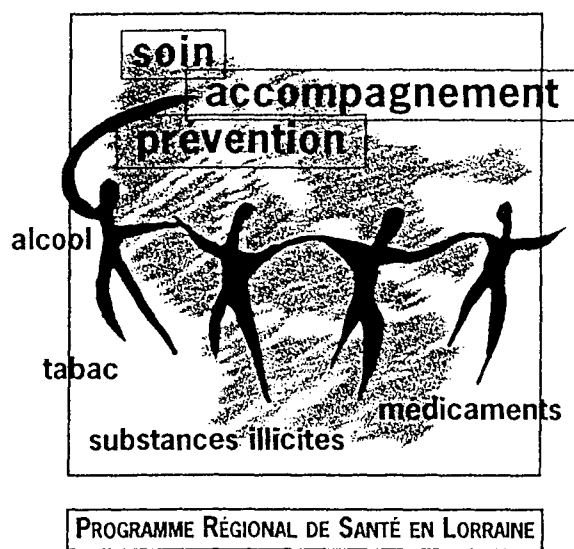
actuelle	☐	oui	Antérieure	☐	oui	Jamais	☐
	☐	non		☐	non	Sans info	☐

Age de début Année de début.....

Abstinence actuelle	☐	oui	Si oui depuis combien de mois ?.....
sur produit principal	☐	non	
illicite ou détourné			

Sevrages Institutionnels antérieurs	☐	oui	Autre toxicomane	☐	oui
	☐	non	dans la fratrie	☐	non

ANNEXE n° 3



LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES AUX PRODUITS

Le Groupe Régional de Programmation :

Coordonnateurs :

M. le Dr DOUMERGUE :
Médecin Inspecteur, DRASS de Lorraine

Mme GUILLAUME :
Inspecteur Principal, DRASS de Lorraine

Mme le Dr AMBARD : Médecin Responsable
départemental du service de promotion de la santé
pour les élèves - 88

Mme ANTOINE : Directrice du CODES 88

Mme BARTHÉLEMY : Directrice du Collège régional
d'Éducation pour la Santé de Lorraine

Mme le Dr ATTIA :
Praticien Hospitalier CPN Laxou

M. BERNARD : Assistant socio-éducatif - ARS - 54

Mme DEMET-GASTEUIL :
Assistante socio-éducative - EHLA 57

M. FAMILIARI :
Proviseur Lycée Professionnel J. Prouvé - 54

M. le Dr FERRY :
Médecin Conseil Régional Adjoint - Echelon Régional
du Service Médical

M. FOLGUERAL : Directeur La Croisée - AVSEA 88

Mme le Dr FROMENT :
Médecin - CCAA 55

Mme le Dr GILLET :
Praticien Hospitalier - Hôpital Villemin CHU Nancy

M. le Dr HELFENSTEIN : Médecin Centre
Médecine Préventive - Vandoeuvre

M. le Professeur LAMBERT : Responsable du
Service pharmacodépendances - CHU Nancy

M. LAMBOLEY : Conseiller d'insertion et de proba-
tion - Centre de Détention régional de St-Mihiel - 55

M. le Dr LAURE : Médecin DR Jeunesse et Sports

M. MARCHAND : Cadre infirmier - UFATT Nancy -54

Mme MICHEL : Présidente CDPA 88

Mme MONTIGNON :
Réseau Ville Hôpital - CH Ravenel - 88

M. Le Professeur PAILLE : Responsable du
Centre d'Alcoolologie - CHU Nancy

Mme PLANCHER : Responsable du service éduca-
tion pour la santé - CPAM Longwy - 54

Mme RAKOTOZANANY :
Psychologue - Familles Rurales 55

M. RIVIERE : Délégué Régional de l'Association
Nationale de Prévention de l'Alcoolisme

M. ROMAIN : Directeur du Centre de Soins pour
toxicomanes "Porte des Allemands" Metz - 57

M. SCHMITT : Directeur de la mission Locale de
Sarreguemines - 57

Mme SUSTERSIC :
Chargée de prévention à l'URCAM

Les dépendances aux produits : un phénomène inquiétant en Lorraine

Alcool :

En Lorraine environ 1 000 à 1500 décès annuels sont directement imputables à l'alcool, ce qui représente entre 22 et 32 % des décès prématurés. L'alcool a des répercussions très importantes sur la santé des personnes en termes médicaux, psychologiques et sociaux : multitude de pathologies, difficultés personnelles, familiales, professionnelles et sociales, actes de violence, crimes et délits, accidents de la route et domestiques.

Tabac :

Le Lorraine se situe à la 3^e place des régions françaises en matière de sur-mortalité. 4 000 décès annuels sont imputables au tabac, ce qui représente 18 % des décès prématurés, évitables pour 2/3. La mortalité est en augmentation de façon inquiétante chez les femmes.

Les conséquences du tabac sont nombreuses : risque majeur des maladies cardio-vasculaires, de cancer du poumon, de bronchite chronique et d'emphysème ; chez les enfants, faible poids à la naissance, difficultés respiratoires plus tard.

Substances illicites

1 300 personnes, essentiellement des hommes de 15 à 35 ans, ont été suivies dans les établissements sanitaires et sociaux lorrains en 1997. Les conduites délictueuses sont importantes : les toxicomanes représentent 15 % de la population pénale. Le nombre de consommateurs est en augmentation, le cannabis est à l'origine de 62 % des interpellations.

Médicaments

Pour la Lorraine, 9 % des plus de 15 ans et autant chez les jeunes de 11 à 15 ans déclarent consommer un psychotrope (tranquillisant, somnifère). De 10 à 15 % de personnes, tous âges confondus, consomment des produits dopants.

● Repères chronologiques

Décembre 1997 : Décision de Mme le Préfet de Région

2 mars 1998 : Réunion régionale de lancement

1er avril 1998 : Constitution du Groupe Régional de Programmation

Été 1998 : Réalisation d'un état des lieux et d'un constat en Lorraine

Octobre 1998 : Travaux de 4 sous-groupes : éthique, terminologie, communication, importance du problème

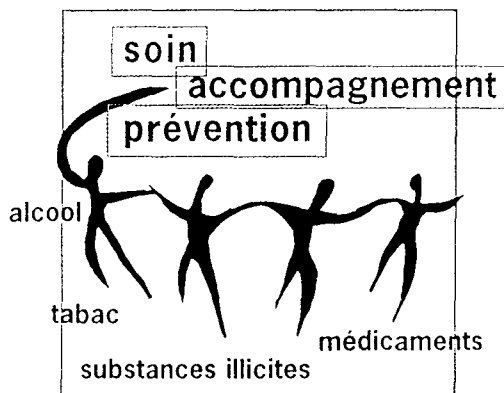
Juillet 1999 : Élaboration des objectifs du PRS

4 octobre 1999 : Colloque régional - Palais des Congrès - Nancy

Octobre 1999 : Mise en place et travaux des groupes départementaux et locaux

CONTACTS À LA DRASS DE LORRAINE :

Eliane GUILLAUME : Inspecteur Principal/03 83 39 29 45 - Thierry DOUMERGUE : Médecin Inspecteur/03 83 39 29 07
Nathalie SPATZ : Chargée de communication/03 83 39 29 37



PROGRAMME RÉGIONAL DE SANTÉ EN LORRAINE

La Lettre

du Programme Régional de Santé - PRS

Lutte contre les dépendances aux produits

N° 1 - septembre 1999

Editorial

La lutte contre les dépendances aux produits (alcool, tabac, substances illicites et médicaments) fait partie des priorités de santé définies par la Conférence Régionale de Santé en Lorraine en 1996.

Elle fait l'objet d'un Programme Régional de Santé dont la DRASS (Direction régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) assure la coordination.

Ce programme s'étend sur les années 1999 à 2004. Il permet de fédérer et de valoriser, dans une approche globale, les actions développées par les professionnels lorrains. Il prend appui sur la motivation, la dynamique et l'expérience des acteurs.

L'originalité de celui-ci réside dans une approche transversale de l'ensemble des conduites addictives en cohérence avec les orientations nationales actuelles.

Afin d'informer et de rendre compte régulièrement et largement, une lettre semestrielle est apparue nécessaire. Ce premier numéro vous informe de l'ampleur du problème en Lorraine et de la démarche du PRS.

Jean CHAPPELLET,
Directeur Régional des Affaires
Sanitaires et Sociales de Lorraine

Le Programme Régional de Santé - PRS "Lutte contre les dépendances aux produits": une priorité en Lorraine

Pourquoi un PRS ?

Le Jury de la première Conférence Régionale de Santé en Lorraine a retenu comme problème de santé prioritaire la lutte contre les dépendances (drogues, alcool, tabac, médicaments). Il a justifié ce choix en constatant que les dépendances touchent les jeunes, les catégories en situation de précarité et des couches variées de la population. Elles sont à l'origine de pathologies diverses et d'accidents et provoquent de nombreux décès prématurés qu'une prévention plus efficace pourrait éviter ou diminuer. En demandant explicitement une meilleure coordination des actions entre tous les partenaires et acteurs, un effort important en matière d'éducation pour la santé, une adaptation du système de soins aux personnes dépendantes, un effort de médiatisation dans la durée des actions entreprises, le jury traçait déjà les axes forts du PRS.

Qu'est-ce que le PRS ?

C'est l'instrument privilégié de la Conférence Régionale de Santé qui, à travers une démarche de santé publique, vise à améliorer la santé de la population au moyen d'actions de proximité. Sous l'égide du Préfet de

Région, il implique les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les établissements de santé, les institutions et les associations. Il concerne les professionnels des champs de la santé, du social, de l'éducation, de la justice, de la sécurité et des loisirs.

Le PRS permet ainsi :

- de favoriser la mobilisation, la concertation et la coordination des acteurs ;
- de prendre en compte les besoins des populations concernées dans la réflexion et la mise en œuvre des actions ;
- de mettre en œuvre, dans une approche globale, des activités de promotion de la santé, de prévention, de soins, de réhabilitation et d'insertion.

Comment s'organise-t-il ?

Un groupe régional de programmation, pluridisciplinaire et multi-institutionnel représentant les quatre départements lorrains a été mis en place pour réaliser l'état des lieux, définir les priorités et les objectifs de santé du PRS. Dans une deuxième étape, des groupes de travail départementaux se réuniront pour proposer les actions à mettre en œuvre.

L'objectif du PRS : "D'ici 2004 (1999-2004), réduire en Lorraine les conséquences dommageables sanitaires et sociales liées à la consommation occasionnelle ou régulière des produits pouvant induire des dépendances".

I – IMPORTANCE DU PROBLEME

3. LES SUBSTANCES ILLICITES

▪ CONSOMMATION DECLAREE

- ♦ France: 16% des 18-75 ans au moins une fois dans leur existence
28% des jeunes
- ♦ Lorraine: 26% des jeunes de 5 à 19 ans, au moins une fois dans leur existence
2% de réguliers

▪ SAISIES

- ♦ 10% des saisies nationales sont effectuées en Lorraine

▪ INTERPELLATIONS

- ♦ 4% des interpellations nationales pour trafic de substances illicites interviennent en Lorraine

▪ RECOURS AUX SOINS

- ♦ 1995 :

Enquête Novembre Lorraine : 43/100 000 habitants de plus de 14 ans

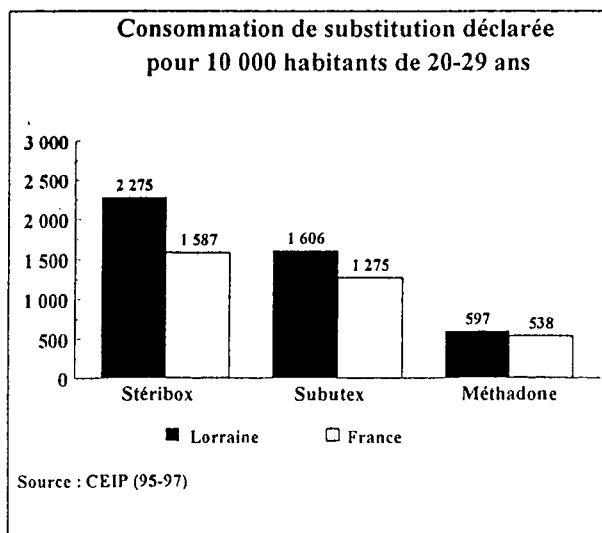
Enquête Novembre France : 45/100 000 habitants de plus de 14 ans

- ♦ 1997 :

CSST lorrains : 2 839 +70%

Enquête Novembre Lorraine : 1 279 +62% 7° rang

▪ SUSTITUTION



- ♦ 33% des enquêtés de novembre 1997 utilisent un produit de substitution

(5% des toxicomanes IV sont positifs pour le VIH)

(41% des toxicomanes IV sont positifs pour le VHC)

- ♦ Un seul échangeur distributeur de seringues en Lorraine

PROGRAMME RÉGIONAL DE SANTÉ
"LUTTE CONTRE LES DÉPENDANCES AUX PRODUITS"

OBJECTIF GÉNÉRAL

D'ici à 2004 (1999-2004), réduire en Lorraine les conséquences dommageables sanitaires et sociales liées à la consommation occasionnelle ou régulière des produits pouvant induire des dépendances.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

**Attitudes
Représentations-choix**

Apprendre à répondre de manière individuelle et collective aux événements de la vie autrement que par la consommation de produits en s'appuyant sur les ressources de la Communauté et de l'Environnement

- Faire évoluer les schémas de représentation afin de permettre une modification des modes de réponse.
- Soutenir la fonction parentale.
- Développer des images positives de non-consommateurs pour valoriser des contres-modèles.
- mettre en valeur la liberté de non-consommation de produits.
- Permettre à chacun de choisir ou diversifier ses activités favorables au bien-être : activités sportives, de loisirs, culturelles ...
- Eviter l'initiation chez les enfants et les pré-adolescents en développant les compétences psychosociales.

Consommations et dépendances

Développer la prise de conscience individuelle et collective face à l'usage, l'abus et la dépendance aux produits

- Rappeler le cadre législatif (loi Evin, Code de la Route, Code de la Santé Publique).
- Faire connaître et aider à structurer les règlements intérieurs des lieux recevant des usagers.
- Retarder le début de la consommation chez les adolescents.
- Promouvoir les boissons non alcoolisées dans l'ensemble des lieux de loisirs, d'éducation, de travail et promouvoir les espaces sans tabac.
- Former les acteurs sanitaires, sociaux et éducatifs pour repérer les abus et les dépendances et accompagner l'usager.
- Faciliter l'accès aux soins, à l'accompagnement et à la réinsertion.
- Développer le travail en réseau des professionnels pour favoriser la continuité et la cohérence de la prise en charge et l'accompagnement des consommateurs abusifs ou dépendants et de leur entourage.

Réduction des risques

Responsabiliser l'usager face aux risques individuels et collectifs liés à la consommation de produits.

- Permettre à l'usager (enfant, adolescent, adulte, senior) de se sentir concerné par les risques liés à la consommation des produits, quelles que soient les motivations de cette consommation.
- Aider l'usager à mieux identifier et appréhender les circonstances et les situations à risques et à trouver des solutions alternatives.
- En cas de prise de risque, accompagner l'usager à tous les moments de sa trajectoire.

Recherche

Améliorer la connaissance épidémiologique sur les comportements d'addiction, les consommations de produits, la recherche de performance et le phénomène de dépendance et leurs effets.

- Améliorer la compréhension des comportements en étudiant les trois déterminants de la consommation : produit, individu, environnement.
- Compléter le recueil des données disponibles sur les consommations de produits en Lorraine
- Rechercher et valider des indicateurs permettant de suivre l'évolution des conséquences de ces consommations.

ANNEXE n° 4

Evaluation de l'intensité du syndrome de sevrage par la méthode de HANDELSMAN (10).

Cette méthode présente l'originalité d'une évaluation du syndrome de sevrage aux opiacés à la fois par le patient et par l'investigateur.

Deux échelles sont proposées :

- . L'échelle subjective de sevrage aux opiacés (ESSO), cotée par le patient et
- . L'échelle objective du sevrage aux opiacés (EOSO), cotée par l'investigateur au même moment que le patient.

L'ESSO consiste en 16 items qui donnent un reflet des symptômes moteurs neuro-végétatifs, gastro-intestinaux, musculo-squelettiques et psychiques du sevrage aux opiacés. Les patients doivent coter chaque item proposé sur une échelle de 0 à 4 :

- . 0 = pas du tout,
- . 1 = Léger,
- . 2 = Modéré,
- . 3 = Intense,
- . 4 = Extrême

selon leur perception au moment du test. La somme des scores de chaque item représente le score total de l'ESSO.

Le minimum est 0 et le maximum est 64.

ESSO : Echelle Subjective du Sevrage aux Opiacés.

- 1 - Je suis anxieux,
- 2 - Je baille,
- 3 - Je transpire,
- 4 - Mes yeux larmoient,
- 5 - J'ai le nez qui coule,
- 6 - J'ai la chair de poule,
- 7 - J'ai des tremblements,
- 8 - J'ai des frissons chauds,
- 9 - J'ai des frissons froids,
- 10 - Mes os et mes muscles me font mal,
- 11 - Je me sens nerveux,
- 12 - J'ai des nausées,
- 13 - J'ai des vomissements,
- 14 - Mes muscles tressautent,
- 15 - J'ai des crampes d'estomac,
- 16 - Je suis à bout de nerfs.

L'EOSO comporte 13 items objectivement observables qui reflètent les signes moteurs et neurovégétatifs habituels du sevrage aux opiacés. L'EOSO ne requiert aucune communication entre l'observateur et le sujet. Chaque item est coté en termes d'absence ou de présence. La période d'observation nécessaire est le temps que met le sujet à compléter l'EOSO. Le score de l'EOSO est le score total des signes observés pendant cette période. Le minimum possible est 0, le maximum 13. Il est nécessaire que pour un patient donné, l'investigateur soit toujours le même.

EOSO : Echelle Objective de Sevrage aux Opiacés

Items :	Coter "1" si :
1 - Baillements (nombre pendant la période d'observation)	1 ou plus
2 - Rhinorrhée (nombre de reniflements pendant la période d'observation)	3 ou plus
3 - Piloérection : Chair de poule observée sur les bras du patient	présent
4 - Transpiration	présent
5 - Larmolement	présent
6 - Mydriase	présent
7 - Tremblements (mains)	présent
8 - Frissons chauds et froids : Le patient grelotte ou se recroqueville	présent
9 - Agitation Fréquents changements de position	présent
10 - Vomissements	présent
11 - Fasciculation musculaire	présent
12 - Crampes abdominales : Le sujet se tient le ventre	présent
13 - Anxiété (légère à forte): Légère : Le sujet pianote, tape du pied, remue sans cesse, Modérée à sévère : agité, incapable de rester assis, tremble, panique, se plaint spontanément de difficultés à respirer, de sensation d'étouffements, de palpitations	présent

Ces deux échelles présentent une bonne sensibilité et l'EOSO est reproductible d'un observateur à un autre.

ANNEXE n° 5

PROT OC O L E C A T A P R E S S A N

INDICATIONS : Sevrage des Toxicomanes aux opiacés uniquement (Morphine, Palfium, Héroïne, Méthadone).

CONDITIONS D'INCLUSION :

- pas de traitement antérieur (Benzodiazépines).
- certitude de la toxicomanie (S. cliniques, rapport Psychiatre + Dr KIERSEK).
- sevrage complet depuis plus de 24 heures.
- présence de signes objectifs et subjectifs du syndrome de sevrage.
- Acceptation du malade.
- Doit être adressé par l'ODYSSEE et accompagné par un membre de l'Equipe de soins.

BILAN PRELIMINAIRE :

- Examen clinique,
- E.C.G., radio pulmonaire, échocardiographie.
- Bilan biologique :

SANG

NF, plaquettes, VS, X 20, gamma-GT
CPK
Hémocultures si T° ↗
Bilan hépatique
Ag HbS
Acps anti A, anti e, anti c, anti HbS
BW, Nelson.
Immuns complexes circulants.
Catécholamines.
Sérologie des Candidoses

Noter sur les
prélèvements avec
leurs prénoms
LE NUMERO D'ENTREE
(afin d'éviter des
erreurs si prénoms
similaires).

URINES

Dosage ou recherche opiacés, dérivés du Cannabis,
benzodiazépines, barbituriques, neuroleptiques.
Culot, Débit minute, CVU.E
Clearance créatinine
Catécholamines

+ → Recherche Candidoses (dans les selles, voie buccale, voie
 systématique vaginale, cutanée si dermatose).

Pour toutes recherches CANDIDOSES : sur feuilles vertes spéciales, ceci après 48 heures de traitement spécifique, ENVOYER Labo Pr PERCEBOIS, Hôpital Jeanne d'Arc, poste 367.

.....

T R A I T E M E N T

CATAPRESSAN Oral : 1/2 comprimé ou 75 µg toutes les 3 heures, soit 600 µg/jour.

ROHYPNOL : 1 à 2 comprimés le soir.

Psychothérapie suivie (Dr KIERSEK et Coll.)

SURVEILLANCE :

Premières 48 heures ; Toutes les heures (nuit toutes les 3 heures) :

Pouls, T.A.

Diamètre pupillaire,

Sueurs.

Tremblements.

Comportement.

Toutes les 6 heures :

Rédaction par le malade de ses doléances : angoisse, douleurs, etc...

.Matin et soir : examen clinique.

.Une fois par jour : E.C.G.

Du DEUXIEME au CINQUIEME-SEPTIEME JOUR :

.T.A. etc... toutes les 3 heures.

LE CINQUIEME JOUR : .Essai de diminution des doses progressivement jusqu'à 450 ou 300 µg par jour en 6 ou 4 prises.

SORTIE :

Catécholamines, sang, urines.

Ordonnance : CATAPRESSAN 150 à 300 µg par jour.

Ne pas laisser sortir avec du BINOCTAL.

SURVEILLANCE ULTERIEURE : ODYSSEE

Consultation en Salle 15 deux fois puis une fois par semaine.

Clinique, ECG, Toxiques et stupéfiants urinaires.

ANNEXE n° 6



NANCY

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES

Professeur H. LAMBERT

Chef de Service

Tél. : 83.85.21.92

Unité Fonctionnelle d'accueil
et de traitement des toxicomanes
Centre spécialisé
de soins aux toxicomanes

Docteur C. ORIZET
Praticien hospitalier

Consultations :
22 bis, rue de Maizéville
54000 Nancy
Tél. : 83.37.05.72

Protocole du traitement médicamenteux des cures de désintoxication des toxicomanes aux opiacés

Ces cures ne sont réalisées que chez des patients suivis par l'Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes. Ces cures ont fait l'objet d'une préparation entre le patient, le médecin psychiatre de l'UFATT et l'infirmier psychiatrique référent qui continuera à assurer un soutien psychothérapique quotidien pendant toute la durée de l'hospitalisation.

Ces cures de désintoxication sont réalisées après établissement d'un contrat entre le patient, le médecin et l'infirmier de l'UFATT et le personnel médical et paramédical de l'Annexe de Réanimation Médicale. Ce contrat moral stipule que les patients doivent suivre le traitement qui leur est proposé et ne demander aucun autre médicament, en particulier psychotrope. Pendant la durée d'hospitalisation, ils doivent respecter les autres malades du service, le personnel médical et paramédical et ne recevoir aucune visite ou n'avoir aucune communication téléphonique sauf si l'infirmier référent l'a demandé en précisant les personnes autorisées aux visites à la surveillante Mademoiselle BOCCIARELLI.

L'hospitalisation dans le Service de Réanimation Médicale Annexe dure 8 jours.

Le traitement médicamenteux est commencé 12 heures après l'entrée. Il comprend :

- CATAPRESSAN 1/2 comprimé toutes les 3 heures pendant les 5 premiers jours.
- STILNOX 1 ou 2 comprimés le soir.

La surveillance clinique comprend la prise de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque toutes les heures le premier jour, puis toutes les 2 heures, et la prise de la température 2 fois par jour.

Le 6^e jour, la dose de CATAPRESSAN est diminuée à 1/2 comprimé toutes les 4 heures et le 7^e jour à 1/2 comprimé toutes les 6 heures. La dose de STILNOX est maintenue. Le 8^e jour le patient sort avec 4 1/2 comprimés de CATAPRESSAN et sans ordonnance.

Au cours du séjour hospitalier, on pratique un bilan complet à la recherche des complications de la toxicomanie,

- dont X21, NF, VS, magnésémie.
- Sur le plan infectieux, on réalisera en accord avec le malade les sérologies VIH, virus des hépatites A, B, C et de la syphilis.
- clearance de la créatinine,
- culot urinaire, uroculture,
- radiographie pulmonaire,
- échocardiographie à la recherche d'une endocardite,
- immuns complexes circulants,
- dosage immunoglobulines - complément total C3, C4.



Recommandations :

Toute rupture de contrat doit être sanctionnée par la sortie immédiate du malade, qu'il s'agisse du non respect du personnel du service, des autres malades, de la consommation de substances psychotropes licites ou illicites.

Contrairement au premier protocole, il faut proscrire formellement toute prescription de ROHYPNOL qui est la benzodiazépine la plus recherchée par les toxicomanes.

NANCY, le 7 décembre 1994

A handwritten signature in black ink, appearing to read "H. Lambert", written over a horizontal line.

Pr H. LAMBERT.

VU

NANCY, le **11 avril 2002**

Le Président de Thèse

NANCY, le **16 avril 2002**

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Professeur **F. GUILLEMIN**

Professeur **H. VESPIGNANI**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **22 avril 2002**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**

RESUME DE LA THESE

Cet ouvrage résume les différentes méthodes de sevrage ainsi que les différentes possibilités d'accueil du patient après une cure de sevrage aux opiacés.

Un bilan réalisé au C.H.U. de Nancy entre 1994 et 1998 confirme le profil socio-professionnel du toxicomane qui cherche à se désintoxiquer.

Cependant, il faut replacer cette étude dans son contexte car aujourd'hui en 2002, la demande n'est plus la même.

Le sevrage s'adresse dans la majorité des cas à des sujets sevrés de leur produit d'origine, substitué et souvent réinséré socialement et professionnellement.

Le problème qui se pose reste malgré tout le même : le devenir du toxicomane au décours du sevrage reste difficile à estimer sans quelques outils de suivi.

Aussi allons-nous évoquer quelques moyens qui pourraient peut-être aider à l'évaluation de la guérison du patient dépendant par le biais d'une connaissance historique initiale plus précise et l'aide de médecins faisant partie de réseaux.

TITRE EN ANGLAIS

« WITHDRAWAL TREATMENT OF OPIATE ADDICTION »

NANCY University Hospital activity report from 1994 to 1998

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2002

Les cures de sevrage des dépendances aux opiacés.
Bilan d'activité du C.H.U. de Nancy de 1994 à 1998

MOTS CLEFS :

- sevrage	<i>withdrawal</i>
- substitution	<i>substitution</i>
- dépendance	<i>addiction</i>
- opiacés	<i>opiate</i>
- clonidine	<i>clonidine</i>
- méthadone	<i>methadone</i>

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex