

La prise en charge des consommateurs de drogues injectables à Dakar : succès et échecs de la méthadone vus par les *patients* et les soignants

Faye Rose André (1), Desclaux Alice (2), Groupe d'étude CODISEN (3)

1. Lasap/Ethos-Ucad, CRCF, TransVIHMI, Dakar, Sénégal

2. IRD, TransVIHMI (IRD, INSERM, Université de Montpellier), France

3. ANRS 12234, CRCF, CEPIAD, Dakar, Sénégal

Introduction

En 2011, une enquête objectivait la présence de 1324 consommateurs de drogues injectables (CDI) à Dakar. (Leprêtre et al ; 2015). Cette enquête a également montré que cette population est exclue des soins, très vulnérable et hautement exposée au risque de contamination par le VIH et les hépatites, notamment B et C. Les premières activités d'information révélaient une demande de soin de la plupart des CDI. En décembre 2014, le Centre de prise en charge des Addictions de Dakar (CEPIAD) a été mis en place par le service de psychiatrie avec l'appui du service des maladies infectieuses de l'hôpital Fann. Depuis fin janvier 2015, le centre propose aux CDI un programme de soins et de Réduction des Risques (RDR) pour les VIH, VHB, VHC, incluant un traitement de substitution aux opiacés (TSO) pour l'héroïne par méthadone. En février 2018, 1112 dossiers de patients ont été ouverts au CEPIAD, 252 patients sont inclus dans le programme méthadone et environ 100 sont en attente. Depuis 2016, le CEPIAD est soutenu par le projet CODISEN (Cohorte de Consommateurs de Drogues Injectables au Sénégal) qui étudie un modèle de soins et de prévention de l'addiction et des pathologies associées adapté aux CDI. Le projet associe des volets clinique, addictologique et socio-anthropologique. L'objectif de cet article est d'analyser les convergences et divergences d'appréciation de la méthadone.

L'enquête

Trois méthodes qualitatives ont été utilisées : des observations au CEPIAD et pendant les *clubs méthadone*¹, des entretiens individuels approfondis et des entretiens collectifs. La plupart des patients interviewés ont été repérés dans les fichiers de CODISEN et du CEPIAD. Des entretiens ont été menés auprès du personnel de soin. Les entretiens ont été enregistrés, transcrits, nettoyés et anonymisés. La présentation se base sur 4 entretiens collectifs et 34 entretiens individuels avec des patients sous méthadone, et 6 entretiens auprès du personnel de soin. Une analyse de type inductif nous a permis de dégager des thématiques importantes et de relever les propos relatifs aux perceptions du traitement par la méthadone.

Les entretiens individuels ont concerné 33 anciens CDI sous méthadone. Parmi eux, nous avons interrogé 15 personnes sans autre problème de santé que la dépendance, 4 personnes vivant avec le VIH, 8 positives au VHB, 5 positives au VHC, 1 co-infectée par le VIH et le VHC. Les entretiens collectifs ont été réalisés auprès de 36 personnes, la plupart sous méthadone, et une sous traitement pour la cocaïne. L'âge des répondants est de 41 ans en moyenne. Six soignants du CEPIAD ont été interrogés : deux addictologues, une infirmière surveillante du service, une médiatrice membre de l'équipe Outreach, un assistant social, un membre de l'équipe de la pharmacie.

L'approche théorique combine l'anthropologie de la santé et la sociologie en considérant la médicalisation de la consommation de drogues injectables. Elle stipule que la médicalisation marque l'identité d'une personne et lui fait porter un « rôle social de malade » (Herzlich 1984). La prise de méthadone ne signifie pas l'arrêt définitif de la consommation de drogues autres que l'héroïne injectable. Aussi, nous examinons si (et comment) la notion de « rôle de malade » peut s'adapter aux CDI qui, en traitement pour l'addiction, gardent des liens avec ces pratiques et le « milieu » des CDI.

1 Les italiques signalent les termes et concepts émiques utilisés par les personnes elles-mêmes, y compris dans le titre.

Le traitement par la méthadone vu par les *patients*

D'emblée, notre recherche montre que les CDI sous traitement méthadone au CEPIAD définissent leur état actuel comme une maladie. Une enquête spécifique révèle qu'ils préfèrent être désignés par le terme *patient* plutôt qu'*ex-CDI*. Ils disent que ce terme peut être toléré hors du CEPIAD, car ils n'ont pas et ne proposent pas d'autre terme pour désigner un consommateur qui se soigne, et qui vient d'arrêter la consommation de drogues injectables ; de plus, les termes *junky* ou *drogué* sont stigmatisants. Cette préférence atteste de la médicalisation de leur perception : « *Nous préférons le terme patient parce que nous venons tous les jours à l'hôpital prendre un traitement* » (Daly, 59 ans)². « *Moi je me considère comme un patient parce que je suis en train de prendre le traitement méthadone. (...) Le terme qui me convient le plus est 'patient' parce que je veux exclure le mot 'drogue' de ma vie* » (Pape, 61 ans).

La représentation que se font les répondants de leur état actuel est importante puisqu'elle sert de référence dans les discours sur les perceptions des succès et des échecs du traitement par la méthadone. Les perceptions sont ici définies comme des représentations sociales qui contribuent activement à la construction sociale de la réalité (Jodelet 2003) et sont un des déterminants du comportement. Si la mise en place du dispositif de prise en charge a fait passer la population d'usagers de drogues de la catégorie de *déviants* à celle de *malades*, comme l'a montré Ndione (2016), il est important maintenant de rendre compte des différentes perceptions au CEPIAD.

Les succès

Pour être admis dans le programme méthadone du CEPIAD, il faut obéir à un certain nombre de critères. Le patient doit habiter la ville de Dakar et doit venir impérativement à trois rendez-vous pour des consultations avec l'addictologue, le médecin somaticien et l'assistant social. Des examens complémentaires (un bilan sanguin, des sérologies, la radio pulmonaire, etc.) doivent être réalisés. Une fois tous ces éléments obtenus, un comité hebdomadaire prend une décision sur l'opportunité d'inclure le patient dans le programme de TSO. Certaines demandes sont privilégiées, notamment celles des injecteurs, des femmes et des jeunes qui ont une dépendance sévère. La méthadone dispensée au CEPIAD est délivrée sous forme de sirop, sous contrôle d'un membre de l'équipe de la pharmacie, du lundi au vendredi de 9 h. à 13 h. *L'emport à domicile* est pratiqué les week-ends et jours fériés depuis septembre 2016. Parmi les 252 CDI inscrits au programme en février 2018, 177 (70%) suivent régulièrement leur traitement.

La plupart des patients interrogés perçoivent le traitement par méthadone comme bénéfique pour leur état de santé et leur adaptation sociale. C'est pour eux un traitement *miracle* qui leur assure une *sortie des drogues* : « *En prenant la méthadone, on ne pense plus à l'héroïne. (...). Je préfère être addict à la méthadone qu'être qu'addict à l'héroïne* » (Sokhna, 49 ans).

La méthadone a permis à nombre d'entre eux de retrouver une stabilité familiale, de sortir d'un style de vie marqué par la délinquance ou la prostitution : « *Tu as plus le temps de prendre soin de toi, de rester en famille, tu retrouves la vie sociale normalement* » (Sokhna, 49 ans).

2 Les prénoms utilisés dans cet article sont fictifs, selon le principe de confidentialité.

« *La méthadone est efficace... Parce que ces gens qui sont là ne portaient pas de bons habits, ils qué-mandaient, ils ressemblaient à des fous. Maintenant, je les vois porter des habits propres, ils discutent avec les gens aussi* » (Daly, 59 ans). « *La méthadone, c'est quelque chose de bien... ça m'arrange parce que je ne pense plus à sortir le soir (prostitution) pour avoir de quoi chercher de la drogue* » (Amy, 38 ans).

La délivrance quotidienne du traitement de substitution a permis à certains de se constituer une nouvelle famille, de créer et de renforcer des liens d'amitié entre les patients : « *Nous continuons à venir au CEPIAD non pas pour la méthadone, mais la plupart d'entre nous rencontrent les seuls amis qu'ils ont ici* » (Sékou, 41 ans).

Les limites

Par ailleurs, des appréciations négatives ont été recueillies. Les patients déplorent certains effets indésirables tels que « *constipation et insomnie* » en début de traitement, d'autres se plaignent « *d'une baisse de la libido* ». Le système de dispensation quasi quotidienne de la méthadone est critiqué par la majorité d'entre eux : « *Venir prendre la méthadone tous les matins nous place dans le même rythme que l'achat quotidien de la drogue* » (Sogui, 26 ans).

Après plus de deux ans de traitement, certains patients se perçoivent dépendants de la méthadone et réclament une diminution progressive de leur dose en vue de sortir du programme : « *Maintenant, on ne peut plus parler de dépendance, peut-être de dépendance à la méthadone et ça c'est un combat que je mènerai avec les médecins qui m'entourent* » (Yérim, 60 ans). De nombreux patients estiment que les horaires de dispensation créent des difficultés et réclament au moins l'import hebdomadaire de la méthadone.

Le traitement méthadone vu par les soignants

Les succès

De manière globale, le personnel de soin du CEPIAD apprécie le TSO par méthadone qui est, selon eux, un modèle innovant. Ils ont constaté une amélioration de l'état physique et mental de nombreux patients, une maîtrise de l'addiction avec une re-socialisation (re-mariage, emploi). Le nombre de décès par an dans cette population d'anciens CDI a diminué : « *Il faut saluer l'arrivée de ce programme méthadone parce que avant on avait beaucoup de cas de décès, par exemple quand on a commencé nos activités en 2011 avant l'arrivée de la méthadone on avait enregistré 29 cas de décès, les années d'après on s'est retrouvé à 2 ou 3 cas de décès par an* » (Dr Adama, addictologue CEPIAD). Par ailleurs, le TSO par méthadone s'inscrit dans une approche de réduction des risques et permet de lutter contre les pathologies infectieuses comme le VIH et les hépatites : « *C'est une population vulnérable au VIH, hépatites, TB, le programme a permis à certains d'être pris en charge* » (Safiétou, infirmière CEPIAD).

Les limites

Parmi les 252 patients inclus dans le programme méthadone, 61 (25%) ne suivent plus leur traitement pour diverses raisons : « *Il y a des gens qui ont été arrêtés et incarcérés parce que comme vous le savez nous sommes dans un contexte légal qui est répressif par rapport à l'usage de drogues. Il y a aussi les perdus de vue, parfois on ne sait pas s'ils sont arrêtés, s'ils ont voyagé ou voilà... s'ils ont fait le choix d'abandonner tout simplement* » (Dr Adama, addictologue CEPIAD). Au Sénégal, la méthadone n'est pas encore autorisée en prison. Néanmoins, le service social du CEPIAD a mis en place un système d'accompagnement juridique qui permet de faire une médiation dans les maisons d'arrêt afin que les patients incarcérés puissent bénéficier d'une prise en charge des symptômes de manque. La majorité de ces patients ne reviennent pas au CEPIAD à leur sortie de détention.

Les addictologues estiment que les patients imputent tous leurs problèmes somatiques à la méthadone, et cela rend le suivi difficile. D'autre part, le protocole ne prévoit la sortie du traitement qu'au terme d'une diminution très progressive des doses, par paliers sur plusieurs années, afin d'éviter les rechutes. Face aux réclamations des patients de sortir du programme de traitement dès qu'ils se sentent mieux, les médecins accordent à certains une diminution progressive de leur dose selon des critères tels que : patient régulier, pas de poly-consommation, stabilité psychique et sociale. Les médecins sont prudents, car les tests urinaires montrent que les patients ont parfois repris des consommations de drogues, et le CEPIAD ne dispose pas de salle d'hospitalisation en cas d'urgence somatique ou psychiatrique comme un état de manque.

Les soignants considèrent également que les ressources du centre sont limitées et la charge de travail élevée. Il n'y a pas de planning pour le suivi régulier des patients : « *Nous devons faire des séances de psychothérapie régulières pour éviter les re-consommations... mais nous avons des agendas chargés et peu de salles de consultation* ». (Dr Jo, addictologue CEPIAD). Enfin, les soignants sont sans cesse confrontés à des plaintes, car les patients ne sont pas bien perçus au niveau de l'hôpital (perturbations, bagarres, consommations de cannabis aux alentours), et ils doivent constamment défendre le bien-fondé du programme.

Discussion et conclusion

La méthadone fait l'objet de perceptions ambivalentes par les patients et par les soignants. Les patients valorisent ses effets thérapeutiques qui leur permettent de sortir des contraintes et risques quotidiens de la vie sous dépendance à l'héroïne. Mais les inconvénients de la dispensation (surtout les prises nécessitant de venir à l'hôpital) créent le désir d'être sevré rapidement de la méthadone ; de plus, le retour à la santé suscite d'autres demandes auxquelles un service de soins ne peut pas toujours répondre, comme celle d'être accompagné vers une réinsertion professionnelle. Les soignants apprécient l'impact collectif de la méthadone, mais ils subissent (1) les contraintes liées à la dispensation dans un contexte de soins aux ressources limitées -récemment accrues par l'obligation de replier

leurs activités dans une partie réduite du bâtiment du CEPIAD ; (2) les besoins spécifiques, irréguliers, de cette population en matière d'accompagnement psychologique ; (3) la gestion de la sortie du traitement qui repose sur des décisions difficiles au vu des éléments psychosociaux, que les patients ne perçoivent pas toujours ; (4) les critiques d'autres services de l'hôpital qui n'ont pas fait le travail d'adaptation réalisé par les soignants du CEPIAD et ne considèrent pas les anciens CDI comme des *patients*, mais comme des *déviants*.

Références

- HERZLICH C. (1984). Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social. In M. Augé et C. Herzlich (Eds.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (pp. 189-215). Paris (France): Éditions des archives contemporaines.
- JODELET D. (2003), *les représentations sociales*, 7^e ed, Paris, presses universitaires de France
- LEPRETRE A *et al.* (2015), Prevalence and behavioural risks for HIV and HCV infections in a population of drug users of Dakar, Senegal: the ANRS 12243 UDSEN study. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26004637>
- NDIONE A.G. (2016), Le traitement des usagers de drogues au Sénégal, la médicalisation d'une déviance sociale. ETHOS/FLSH université Cheikh Anta Diop.

Remerciements

- Aux participants à l'étude
- Aux équipes CEPIAD et CODISEN



OUIDAH, BENIN

Regulations, Markets, Health

QUESTIONING CURRENT STAKES
OF PHARMACEUTICALS IN AFRICA

from March 26 to 29, 2018



OUIDAH, BÉNIN

Régulations, Marchés, Santé

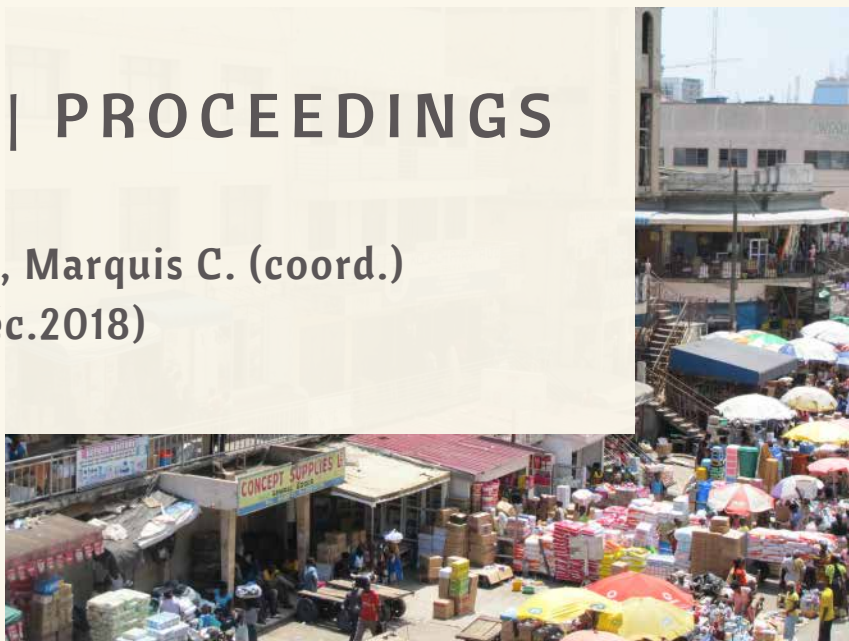
INTERROGER LES ENJEUX ACTUELS
DU MÉDICAMENT EN AFRIQUE

du 26 au 29 mars 2018



ACTES | PROCEEDINGS

Baxerres C., Marquis C. (coord.)
(on-line, déc.2018)



Actes électroniques, hal-01988227, Décembre 2018
Electronic Proceedings, hal-01988227, 2018, December

<https://globalmed.sciencesconf.org/>
<http://globalmed.ird.fr/>

Comité scientifique du colloque | Scientific committee

Daniel Kojo Arhinful (NMIMR UGL, Ghana), **Carine Baxerres** (MERIT IRD, France), **Laurent Brutus** (DMG UN, France), **Eve Bureau-Point** (MERIT IRD, France), **Maurice Cassier** (CERMES3 CNRS, France), **Alice Desclaux** (TransVIHMI IRD, France), **Marc Egrot** (MIVEGEC IRD - UAO, Côte d'Ivoire), **Habib Ganfon** (FSS UAC, Bénin), **Claudie Haxaire** (CERMES3 UBO, France), **Roch Houngnihin** (DSA UAC, Bénin), **Adolphe Kpatchavi** (DSA UAC, Bénin), **Jean-Yves Le Hesran** (MERIT IRD - CERPAGE, Bénin), **Stéphanie Mahamé** (UAC-EHESS, Bénin), **Maxima Missodey** (NMIMR UGL, Ghana), **Sandrine Musso** (CNE AMU, France), **Laurent Pordié** (CERMES3 CNRS, France), **Jessica Pourraz** (EHESS, France), **Mathieu Quet** (CEPED IRD - CSSP, Inde), **Kelley Sams** (CNE, France), **Kodjo Senah** (DS UGL, Ghana)

Comité d'organisation | Organisation committee

Emilienne Anago (DSA UAC, Bénin), **Carine Baxerres** (MERIT IRD, France), **Inès Boko** (DSA UAC, Bénin), **Moïse Djralah** (DSA UAC, Bénin), **Audrey Hémadou** (DSA UAC, Bénin), **Roch Houngnihin** (DSA UAC, Bénin), **Adolphe Kpatchavi** (DSA UAC, Bénin), **Anani Agossou** (DSA UAC, Bénin), **Aubierge Kpatinvoh** (CERPAGE, Bénin), **Jean-Yves Le Hesran** (MERIT IRD, Bénin), **Stéphanie Mahamé** (UAC-EHESS, Bénin), **Charlie Marquis** (Globalmed, France), **Maxima Missodey** (NMIMR UGL, Ghana)

CC-BY.ERC-Globalmed



Comité éditorial | Editorial board

Carine Baxerres (MERIT IRD, France), **Eve Bureau-Point** (MERIT IRD, France), **Alice Desclaux** (TransVIHMI IRD, France), **Habib Ganfon** (FSS UAC, Bénin), **Claudie Haxaire** (CERMES3 UBO, France), **Jean-Yves Le Hesran** (MERIT IRD - CERPAGE, Bénin), **Stéphanie Mahamé** (UAC-EHESS, Bénin), **Charlie Marquis** (Globalmed, France), **Maxima Missodey** (NMIMR UGL, Ghana), **Sandrine Musso** (CNE AMU, France), **Jessica Pourraz** (EHESS, France), **Mathieu Quet** (CEPED IRD - CSSP, Inde), **Kelley Sams** (CNE, France), **Kodjo Senah** (DS UGL, Ghana)

CC-BY.ERC-Globalmed





Ce colloque était organisé par l'équipe du programme de recherche Globalmed financé par l'European Research Council dans le cadre du 7ème programme cadre de l'Union Européenne (FP7/2007-2013) / ERC grant agreement n°337372 et porté conjointement par l'unité MERIT de l'Institut de Recherche pour le Développement (France), Le CERMES3 (France), le Noguchi Memorial Institute for Medical Research (Ghana), le Département de Sociologie-Anthropologie de l'Université Abomey-Calavi (Bénin) et l'Université des Sciences de la Santé (Cambodge). Le colloque s'est tenu grâce aux partenariats scientifiques suivants : TransVIHMI, CNE, CERPAGE, LAMA, EHESS et l'Université Paris Descartes. D'importants soutiens ont aussi émané de l'Institut de Recherche pour le Développement, de l'Organisation Mondiale de la Santé, de l'Université d'Abomey-Calavi, de l'Institut Régional de Santé Publique de Ouidah au Bénin et des Ambassades de France au Bénin et au Ghana..

This symposium was organized by the team of Globalmed Project, funding from the European Research Council under the European Union's Seventh Framework Programme (FP7/2007-2013) / ERC grant agreement n°337372, jointly carried by MERIT unit from National Research Institute for Sustainable Development - IRD (France), The CERMES3 (France), the Noguchi Memorial Institute for Medical Research (Ghana) and the Applied Medical Anthropology Laboratory -LAMA (Benin) and the Life Sciences University (Cambodia). The symposium was supported by scientific partnership with : the TransVIHMI, the CERPAGE and the MIVEGEC (IRD), the CERMES3 (CNRS), the EHESS, the Universities of Abomey-Calavi, Ghana Legon and Paris Descartes. Moreover, the French National Research Institute for Sustainable Development, the European Research Council, the World Health Organisation, the Abomey-Calavi University, the Regional Institut of Public Health of Ouidah and the french embassies in Benin and in Ghana have been given important supports.