



Chapitre 116

Les difficultés liées à la prise en charge du patient toxicomane aux Urgences

Y. JAOUEN

Points essentiels

- L'usager de drogues est un patient comme un autre mais il nécessite une prise en charge spécifique.
- La représentation stéréotypée est un frein aux soins.
- Une bonne prise en charge s'effectue par une équipe pluridisciplinaire.
- La douleur d'un usager d'opiacés peut se traiter par des opiacés.
- Il existe de nombreuses structures spécialisées en addictologie permettant un suivi posthospitalier efficace.

1. Introduction

« **Toxicomane** », le terme même fait peur. Inscrit dans l'inconscient collectif, relayé par les médias, il incarne des notions de violence et de perte de liberté auxquelles nous sommes tous attachés. Or, le soignant se doit de passer au-delà de ce sentiment car, quelle que soit la spécialité dans laquelle il travaille, il est un jour ou l'autre amené à l'accueillir dans son service. S'occuper d'un usager d'opiacés n'est pas chose aisée tant les paramètres de prise en charge sont multiples. Pourtant c'est ce que font au quotidien de nombreux soignants au sein de nos services d'urgences.

Correspondance : Yann Jaouen, SAU Bichat – Paris. Tél. : 06 08 40 16 58.
E-mail : Yann.jaouen@laposte.net

Notre expérience nous permet d'appréhender ce public si particulier dont les divers sujets présentent de nombreux points communs :

- problèmes sociaux (sans emploi, SDF, démêlés judiciaires...);
- problèmes de santé et d'hygiène (incurie, problèmes dentaires, dénutrition, comorbidités chroniques telles que VIH, hépatite C, maladies cardiaques...);
- problèmes psychiatriques disparates plus ou moins prononcés ;
- alcoolisation régulière ;
- tabagie.

Parmi ces usagers, certains ont fait plusieurs tentatives de sevrage et n'arrivent pas à se sortir de leur dépendance, d'autres en sortent pour glisser vers une autre dépendance (l'alcool et les benzodiazépines notamment). Nous voyons chaque jour que les problèmes de santé ne sont pas toujours prioritaires pour ces personnes au vu des différents autres problèmes rencontrés (notamment financiers, sociaux, logement, addiction...).

La prise en charge d'un patient usager d'opiacés est longue et compliquée car le parcours du toxicomane s'inscrit lui-même dans une histoire compliquée. C'est pourquoi, il est important de définir certains concepts concernant la législation, les produits eux-mêmes, les patients et leur prise en charge.

1.1. Cadre législatif

Si la coca et l'opium sont ramenés dès le 16^e siècle en Europe par les expéditions espagnoles et portugaises afin d'être utilisés pour soigner les monarques européens, c'est à partir du 19^e siècle que se mettra en place, en France, la première législation en matière de stupéfiants (1). Différentes lois viendront ensuite la renforcer tout au long du 20^e siècle.

Aujourd'hui, la législation française poursuit un double objectif : réprimer l'usage et le trafic de stupéfiants et soigner les usagers.

La loi prévoit la gratuité et l'anonymat des soins et réprime toutes les infractions à la législation des stupéfiants, de la simple consommation à la production, sans distinction entre les produits. De fait, un usager de drogue appréhendé par les services de police peut se voir proposer, par un Procureur de la République, un traitement nommé Injonction Thérapeutique (2), qui entraîne l'abandon de l'action publique en cas de respect du traitement.

1.2. Produits psychoactifs

Ils agissent sur le cerveau en modifiant l'activité mentale, les perceptions et le comportement.

Il existe une grande variété de produits psychoactifs naturels ou synthétiques, licites ou illicites dont la consommation provoque divers effets recherchés par

l'usager. On retrouve dans cette catégorie des produits tels que l'alcool, le tabac, le cannabis, la cocaïne, les anxiolytiques, les hypnotiques, les antidépresseurs...

Les opiacés sont dérivés du pavot et possèdent des propriétés euphorisantes, sédatives, antalgiques et antitussives. C'est pourquoi, l'opium puis la morphine ont été utilisés depuis fort longtemps par le corps médical, notamment pour soulager la douleur.

L'héroïne est un dérivé chimique de la morphine mais deux fois plus puissant à poids égal. Elle est généralement injectée par voie intraveineuse (shoot), inhalée (sniff, dragon chase) ou fumée.

Dans le cerveau, l'héroïne est métabolisée en morphine qui va se fixer sur les récepteurs des opioïdes endogènes, entraînant l'effet euphorisant recherché. Elle va également permettre la libération accrue de dopamine, neurotransmetteur du système nerveux central qui va agir principalement sur les circuits de récompense, créant ainsi une sensation de plaisir. Le sujet considère alors que tout va bien même s'il est déprimé et que son corps souffre.

2. Profil des usagers d'opiacés

Une étude de 2012, menée par l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, fait apparaître que 230 000 personnes sont dites « usagers de drogue problématique » en France (3) (consommateurs d'héroïne, cocaïne et amphétamines). Si le chiffre paraît faible au regard d'autres produits addictifs, comme le tabac (8,8 millions) ou l'alcool (14,1 millions) par exemple, les conséquences sanitaires (risque infectieux), sociales (criminalité liée à la drogue) et humaines (perte du choix individuel) nécessitent la mise en place d'actions de santé publique fortes auprès de cette population.

La prise d'héroïne est suivie d'une sensation de plaisir intense « quasi-orgasmique », d'abolition des difficultés et des contingences quotidiennes. C'est l'effet « flash ». Cependant, au fil des prises, l'usager augmente son seuil de tolérance (nécessité de prendre une quantité plus importante de produit pour obtenir l'effet recherché). De plus, va s'installer progressivement un état de dépendance au produit se manifestant par des signes cliniques psychologiques et physiques s'amplifiant au fur et à mesure que le taux de produit sanguin diminuera. L'usager devra donc rapidement retrouver du produit sans quoi il risque le syndrome de sevrage tant redouté par les toxicomanes. Cette quête perpétuelle, cette omniprésence du besoin de produit dans son quotidien signe un état d'addiction de l'usager à l'héroïne.

En général, la littérature définit deux types de profils :

1) Les personnes restant dans le cadre de l'usage simple, c'est-à-dire qu'elles ne font qu'un usage expérimental, occasionnel ou récréatif de ces produits. Même si elle n'est pas renouvelée, cette pratique comporte des risques indéniables pour

l'usager (mélanges de produits, prise avant la conduite, risques d'infection VHC ou VIH...).

2) Les personnes rentrant dans le cadre de l'usage nocif, ou abus, ce qui marque un tournant dans la vie de l'usager. Cet usage se caractérise par une consommation répétée ayant des conséquences graves pour l'individu au niveau de sa santé psychique et physique, mais également au niveau social (infractions répétées, troubles comportementaux, troubles relationnels, absentéisme, exclusion sociale...).

2.1. La prise en charge soignante de l'usager d'opiacés

Lionel Gibier, psychiatre, indique que, « *même si chaque cas est particulier, l'héroïne impose une sorte de parcours obligatoire et stéréotypé* » (4). Cette « trajectoire », composée de trois phases distinctes et dont la durée est propre à chaque individu, a des implications majeures sur les stratégies de prises en charge, en fonction du moment.

2.1.1. La phase de lune de miel (définie par le Docteur Olievenstein)

Période pendant laquelle la drogue procure du plaisir et supprime le déplaisir. Le toxicomane contrôle sa prise mais la tolérance apparaît. Il n'a pas de demande précise si ce n'est la fourniture de produits de substitution pour gérer le manque.

À ce moment, la prise en charge sera axée sur la prévention des risques secondaires (notamment infectieux) en favorisant l'information ainsi que la distribution de seringues et de préservatifs.

2.1.2. La gestion du manque

Dans cette phase, l'usager prend toujours de la drogue par plaisir mais également pour supprimer son manque physique. En général, c'est à cette période que la personne développe une polytoxicomanie (Plus de 50 % des usagers d'opiacés boivent de l'alcool et prennent des benzodiazépines).

La demande de suppression du manque, auprès des médecins, est généralement circonscrite à l'incapacité de se fournir en produit et nécessite principalement une réponse médicamenteuse substitutive transitoire. À ce moment, toute prise en charge visant l'abstinence définitive semble vouée à l'échec.

2.1.3. L'échec de la drogue ou « La galère » (L'auteur reprend là l'expression des toxicomanes eux-mêmes)

La notion de plaisir n'existe plus que dans des souvenirs enjolivés. Le manque est omniprésent et le quotidien de l'usager est centré sur la recherche du produit et de son financement.

La demande d'arrêt de la toxicomanie, apparaît le plus souvent lors de cette phase. Les intervenants médicaux, paramédicaux et psycho-socio-éducatifs peuvent intervenir auprès de l'usager de drogues afin de lui proposer une prise en charge individualisée visant à l'amener, à terme, à une abstinence définitive.

2.2. Prise en charge médicale

Aujourd'hui deux types de démarches de première intention permettent de tendre vers l'abstinence à plus ou moins long terme. Autrefois opposées, il est aujourd'hui admis que ces deux stratégies ne sont pas antinomiques mais complémentaires.

2.2.1. Le sevrage médicalisé

Il s'agit d'une stratégie visant à l'abstinence à court terme et consistant en un traitement médicamenteux qui combine des antalgiques, anxiolytiques et somnifères.

L'objectif du sevrage est défini comme « *une modification positive dans le parcours du toxicomane de :*

- sa consommation de drogues ;
- l'intensité de sa dépendance ;
- son implication dans un processus global et durable de traitement ;
- son insertion familiale et sociale ;
- son état psychologique et son état de santé organique ». (5)

Il peut être effectué en milieu hospitalier ainsi qu'en ambulatoire (auprès de médecins généralistes ou de centres spécialisés) après une évaluation de la personnalité, de l'environnement, de la motivation du patient et de son adhésion au projet thérapeutique.

2.2.2. La substitution

Il s'agit d'un traitement proposant une désintoxication progressive. Deux molécules, le chlorhydrate de méthadone (Méthadone®), molécule agoniste délivrée uniquement en centre spécialisé, et la buprénorphine haut dosage (Subutex®), molécule agoniste/antagoniste pouvant être délivrée par les médecins généralistes, sont les produits substitutifs officiellement autorisés. La durée de ce traitement peut aller de quelques mois à plusieurs années.

En 2005, environ 145 000 personnes ont bénéficié d'un traitement de substitution, dont 25 % avec la méthadone et 75 % avec le Subutex® (6).

Il me semble important de rappeler les précisions exposées lors de la conférence de consensus de 1998 : « *Tous les experts ont rappelé l'importance des techniques de substitution dans l'approche des sevrages mais il y a lieu de rappeler aussi que la substitution est un outil de régulation de l'addiction mais en rien un sevrage* » (7).

Et ces mêmes experts de rappeler qu'« *il ne peut être mis en place des sevrages sans considérer le risque élevé de rechutes et sans l'entourer d'une démarche qui permette de prendre des mesures de protection médicale et d'insertion sociale. De même, il ne peut être mis en place de programme unique de médicament de substitution sans prise en charge individuelle et projet thérapeutique à long terme* ».

On voit donc que, quel que soit le mode de traitement du patient, celui-ci doit être accompagné dès le début du programme par des professionnels qualifiés.

3. La prise en charge de la douleur aux urgences

Évaluer le niveau de douleur est toujours un acte complexe pour l'infirmier(e) d'accueil. La notion de douleur ayant une composante fortement émotionnelle, le soignant doit prendre en compte les dires du patient sans y ajouter ses propres projections. Cela est d'autant plus vrai lorsque l'on reçoit une personne ayant une conduite addictive. Le soignant se doit d'effectuer sa prise en charge sans *a priori* aucun. Or, c'est à ce niveau que là où le bât blesse bien souvent. C'est pourquoi il est bon de rétablir quelques vérités premières concernant ce public particulier.

La très grande majorité des patients usagers de drogue, actifs ou sous substitution, consultant pour des problèmes d'ordre somatique, ne viennent pas aux urgences chercher leur « came ». Pour cela, ils ont un réseau de fournisseur bien plus prompt à leur procurer leur dose que nos services d'urgences !

Ils vivent au quotidien le « paradoxe des opiacés », c'est-à-dire que, bien qu'étant sous imprégnation de produit antalgique au long cours, ces personnes ressentent la douleur de façon plus forte que le reste de la population. En effet, si 22 % des Français se plaignent de douleurs chroniques, ce sont près de 60 % des patients fréquentant les centres méthadone qui disent éprouver les mêmes souffrances (8). Ce phénomène serait lié à leur dette chronique en opiacé, à une tolérance aux produits (augmentation de la dose pour un effet équivalent) croissant au fil du temps, au phénomène d'hyperalgésie morphinique (dont le mécanisme a été découvert il y a deux ans à peine) (9).

C'est pourquoi, à niveau de douleur égal, les usagers d'opiacés nécessiteront de plus fortes doses d'antalgiques que le reste de la population fréquentant nos services d'urgences. De plus, les usagers d'opiacés, du fait de leur tolérance au produit, présentent moins de risques de surdosage ou de sédation que la population générale.

3.1. Patient usager de drogue actif

Il conviendra de prendre en charge cette personne comme tout autre patient consultant aux urgences. C'est-à-dire d'évaluer son niveau de douleur sans y intégrer des notions subjectives liées à des représentations stéréotypées. En fonction de ce niveau, l'infirmière d'accueil, puis le personnel des urgences, administreront les antalgiques nécessaires à la sédation de la douleur, tout en évitant l'apparition d'effets secondaires.

En fonction du niveau évalué de douleur, on pourra administrer au patient des antalgiques de pallier 1 (AINS ou paracétamol) pour une Echelle Visuelle Analogique (EVA) inférieure à 3 et de pallier 2 non morphiniques (notamment le Néfopam) pour une EVA inférieure à 7. Pour un niveau de douleur supérieur, on

titrera le patient en morphine, éventuellement en association avec un antalgique non morphinique, jusqu'à obtenir une sédation de la douleur (EVA inférieure à 4).

Il est nécessaire de créer un lien de confiance avec le patient de façon à ce qu'il puisse donner avec précision son niveau actuel de consommation. Cela permet d'éviter les risques de surdosage, si la consommation est sous-estimée, ou, dans le cas contraire, de sous-dosage pouvant entraîner un syndrome de sevrage.

3.2. Patient sous substitution à la buprénorphine haut dosage (BHD) (10)

La buprénorphine agit sur le système nerveux comme agoniste-antagoniste des récepteurs opioïdes. C'est-à-dire qu'elle a la propriété de se fixer aisément sur des récepteurs cellulaires du système nerveux cérébral (nommés mu, delta et kappa) mais en ayant une activité intrinsèque limitée, notamment au niveau antalgie et dépression cardio-respiratoire, par rapport à la morphine. C'est l'effet agoniste. Par contre, elle présente la particularité d'avoir trente à quarante fois plus d'affinité à ces récepteurs que la morphine. Elle prend donc sa place très facilement, en diminuant, de fait, les effets liés aux propriétés intrinsèques de la morphine. C'est l'effet antagoniste.

La prise en charge de la douleur chez un patient substitué au BHD devra donc tenir compte de ces paramètres.

En fonction du niveau évalué de douleur, on pourra administrer au patient des antalgiques de pallier 1 (AINS ou paracétamol) pour une EVA inférieure à 4 et de pallier 2 non-morphiniques (notamment le Néfopam) pour une EVA inférieure à 7. Lorsque l'EVA est maximale, les soignants se doivent de calmer la douleur en utilisant de la morphine à des doses bien supérieures que celles utilisées pour un patient non-substitué. L'objectif étant d'amener le niveau de douleur à un niveau inférieur à une EVA 4, il sera sûrement nécessaire de passer plusieurs seringues de morphine afin d'obtenir une antalgie correcte.

3.3. Patient substitué sous méthadone

La méthadone est un opiacé synthétique, découvert et utilisé en Allemagne comme antalgique, pendant la Seconde Guerre mondiale. Elle agit comme agoniste pur de la morphine. Elle présente donc les mêmes caractéristiques que la morphine ou l'héroïne (l'effet euphorisant en moins lorsqu'elle est utilisée dans un cadre médical strict).

La douleur d'un patient substitué sous méthadone sera donc prise en charge de la même manière que pour un toxicomane actif.

En fonction du niveau évalué de douleur, on pourra administrer au patient des antalgiques de pallier 1 (AINS ou paracétamol) pour une EVA inférieure à 3 et de pallier 2 non morphiniques (notamment le Néfopam) pour une EVA inférieure à 7. Pour un niveau de douleur supérieur, on titrera le patient en morphine, éventuellement en association avec un antalgique non morphinique, jusqu'à obtenir une sédation de la douleur (EVA inférieure à 4).

3.4. Utilisation du MEOPA (mélange équimoléculaire de Protoxyde d'azote)

Il s'agit d'un analgésique utilisé fréquemment aux urgences, notamment lors de soins douloureux (ponction lombaire, soins d'escarres...), en traumatologie (luxations, fractures...), du transport de patients douloureux...

Chez les patients usagers d'opiacés, du fait de l'action dépressive de ces produits sur le système nerveux central, le risque de somnolence, de désaturation, de vomissements et de chute tensionnelle est accru.

Il est donc primordial d'utiliser le MEOPA en présence d'un médecin et d'arrêter le processus dès l'apparition d'un de ces symptômes.

4. Prise en charge et préparation de la sortie du patient

L'expérience nous enseigne que la grande majorité des toxicomanes ne pose pas plus de problèmes dans nos services que le reste de la population, à la condition que les soignants portent à leur égard un regard professionnel dénué de toute représentation stéréotypée.

Cependant, si un patient usager de drogue présente aux urgences un comportement inadapté pouvant perturber le bon fonctionnement du service, il convient de définir avec lui, les modalités de son séjour. Il s'agit d'un contrat verbal, liant le patient et les soignants, qui pose de façon formelle le cadre de sa prise en charge, indiquant les règles à suivre nécessaires à la réalisation correcte des soins. Il doit être clair, explicite et accepté par l'équipe soignante et le patient.

Un service d'urgences n'est pas le lieu adapté pour débiter le sevrage d'un usager de drogue, surtout si ce dernier ne fait aucune demande dans ce sens. Il n'empêche qu'un patient qui exprime le besoin d'être aidé doit pouvoir bénéficier des ressources disponibles dans ce service. Tous les spécialistes sont d'accord sur la nécessité d'associer à l'action purement médicale une prise en charge globale de la personne en agissant sur les facteurs psychologiques, sociaux, culturels... Cela implique une action pluridisciplinaire concertée entre médecins, infirmiers, psychologues, assistantes sociales...

L'infirmier, en relation constante avec les patients, agit dans le cadre du décret définissant ses actes professionnels (11). L'article 4311-1 stipule que « *l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières... exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif* ».

Ce que confirme Dan Véléa lorsqu'il écrit : « *Les soins infirmiers sont actifs dans la prévention primaire et secondaire, dans l'évaluation et les conseils dispensés. L'intervention du personnel infirmier est devenue très complexe, incluant l'organisation des soins, les contacts, la gestion des cas* » (12).

L'infirmier travaille sur rôle propre, tel qu'il est énoncé dans l'article 4311-5 des actes professionnels, notamment pour mener à bien ses entretiens infirmiers. Dans un service d'urgences, ces entretiens sont effectués de manière impromptue à la demande du patient ou du soignant (entretiens informels). Leur objectif est principalement de recueillir des données anamnestiques, repérer des symptômes, effectuer une démarche sociale...

Comme pour toute pathologie spécifique, la prise en charge ainsi que la préparation de la sortie d'un usager de drogues nécessitent de faire appel à des spécialistes.

De nombreux hôpitaux disposent aujourd'hui de services d'addictologie à même de recevoir en consultation ou en hospitalisation, tout usager de drogues formulant une demande de sevrage ou nécessitant une prise en charge à temps complet, au vu de sa fragilité psychologique.

Des équipes mobiles, travaillant en transversal, telles l'Équipe de Coordination et d'Intervention Médicale auprès des Usagers de Drogues (ECIMUD) ou l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA), existent également et sont capables de prendre en charge l'addiction du patient dès son arrivée dans le service.

Leur mission consiste notamment à *intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes* ainsi que *de développer des liens avec les différents acteurs intra- et extrahospitaliers pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et leur suivi* (13).

En effet, tournées vers l'extérieur, ces équipes connaissent la majorité de ces patients (ainsi que leur niveau de consommation de produits illicites ou substitutifs) et peuvent effectuer une prise en charge adaptée et spécifique. Elles sont à même de recevoir la personne en ambulatoire et maîtrisent parfaitement le réseau de soins extra-hospitaliers. Elles sont souvent une interface « confiance » efficace entre les soignants des urgences et les usagers de drogues qui peuvent parfois avoir du mal à se comprendre. Leur travail apporte un grand soutien aux équipes du SAU et permet d'optimiser le séjour et de préparer la sortie du patient. Il est donc intéressant de les contacter dès le début de la prise en charge. Malheureusement, bien souvent, elles ne travaillent qu'en semaine, aux horaires de bureau. On ne peut que le regretter.

De plus en plus de services d'urgences se dotent, aujourd'hui, d'équipes d'infirmiers spécialisés en psychiatrie. Ces professionnels du secteur ont l'habitude de travailler, en collaboration avec le psychiatre de garde et l'assistante sociale, avec les services extérieurs que ce soit dans le domaine de l'addictologie ou de la psychiatrie, lorsque le patient présente des comorbidités relevant de ce domaine. Ils sont d'une aide efficace pour la prise en charge et la préparation de sortie du patient.

Le suivi en addictologie peut être effectué en milieu hospitalier ou en ambulatoire, au sein d'un réseau de soins qui peut être rattaché à une structure spécialisée référente, hôpital ou consultation externe spécialisée, comme les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) (14) ou les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) (15). Ces structures, gérées par des établissements publics de santé ou par des associations, s'inscrivent notamment dans la politique de réduction des risques liés aux addictions.

Les CSAPA reçoivent toutes les personnes confrontées à une addiction (quel qu'en soit le type) ainsi que leur entourage, de manière anonyme et gratuite. Composés d'équipes pluridisciplinaires, ils ont pour mission l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale, ainsi que l'orientation. Ils sont autorisés à délivrer les médicaments correspondant strictement à leurs missions, notamment l'ensemble des traitements de substitution aux opiacés. Ces centres peuvent gérer des hébergements d'urgence ou de transition ainsi que des centres thérapeutiques résidentiels.

Les CAARUD sont des structures dites « de bas seuil d'exigence », c'est-à-dire qu'elles reçoivent tous les usagers de drogues, notamment ceux qui ne formulent aucune demande de sevrage. Elles s'adressent donc à un public très marginalisé, ne fréquentant pas ou peu, les centres de soins spécialisés. Leurs missions consistent à accueillir les patients, les informer et les conseiller au niveau social, administratif et médical, permettre l'aide à l'hygiène et pratiquer les soins de première nécessité ainsi que d'effectuer des orientations vers des centres de soins ou administratifs. Ces centres jouent un rôle important de prévention et de lutte contre les infections liées à l'usage de produits.

Des structures associatives autres peuvent exister à proximité de l'hôpital ou du lieu de vie du patient, et sont susceptibles de l'aider d'une manière plus spécifiquement liée à l'environnement local.

Enfin, il serait dommage d'oublier que nombre d'usagers de drogues sont suivis par un médecin de ville et que ce dernier reste un acteur privilégié de la santé !

Au regard de tout le dispositif intra- et extrahospitalier mis en place, on voit bien l'importance de lister et archiver, à un endroit connu de tout le personnel du SAU, toutes les ressources disponibles, de manière à pouvoir les utiliser lorsque le cas se présente.

Références

1. Loi du 19 juillet 1845 relative au « commerce des substances vénéneuses ».
2. Loi n° 070-1320 du 31 décembre 1970 insérée, aujourd'hui, au sein du code de santé publique.
3. OFDT : « Drogues, chiffres clés », 2012, p. 1.
4. Gibier L. : « Prises en charge des usagers de drogues », éd. Doin, 1999, p. 55.

5. Véléa Dan : « Toxicomanie et conduites addictives », éd. Heures de France, 2005, p. 157.
6. OFDT : « Drogues, chiffres-clés », décembre 2012, p. 4.
7. Conférence de consensus, « Modalité de sevrage chez les toxicomanes dépendants des opiacés », 23-24 avril 1998, p. 6 et 7.
8. Réseau REPIT 70, 7^e Journée franc-comtoise de la douleur. 30 mai 2013, D' Delacourt.
9. Ferrini F. et Trang T. Morphine hyperalgésia gated through microglia-mediated disruption of neuronal CI-homeostasis. Nature Neuroscience 2013 ; 16 : 183-92.
10. Guirimand F. « Les antagonistes des récepteurs opioïdes », Conférence d'actualisation 1997, éd. Elsevier, 1997, p. 155-165.
11. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la Santé publique.
12. Véléa D. « Toxicomanie et conduites addictives », éd. Heures de France, 2005, p. 165.
13. Circulaire n° DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière de soins en addictologie. Annexe 3.
14. Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.
15. Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.