

Pratique clinique

Gestion de la dépendance à la péthidine d'une infirmière à l'hôpital psychiatrique de Zébé-Aného, Togo

Komlan Yenkey^{1,2*}, Joanic Masson¹, Eli Kpelly³

¹ Centre de Recherche en Psychologie (EA 7273), Université de Picardie Jules Verne, Amiens, France

² Centre Hospitalier National Spécialisé zébé-Aného, Togo

³ Cognition Santé Société (EA 6291), Université de Reims Champagne-Ardenne, Inspé de Reims, 11 Rue Gabriel Voisin, 51100 Reims, France

* Correspondance : Dr. Komlan YENKEY, Centre de Recherche en Psychologie (EA 7273), Université de Picardie Jules Verne, Amiens, France, Centre Hospitalier National Spécialisé zébé-Aného, Togo ; jyenkey2016@gmail.com

Résumé : L'utilisation des substances psychoactives devient fréquente parmi les professionnels de la santé. Nombreux sont ceux qui les utilisent en automédication pour soulager des maladies ou des douleurs, et en abusent en raison de leur accessibilité facile. Ces personnes développent une dépendance, accompagnée de difficultés sur les plans sanitaire, relationnel et socio-professionnel. Cet article a pour objectif de présenter le cas d'une infirmière dépendante à la péthidine, un opioïde de synthèse. Il aborde non seulement les facteurs déterminants dans l'addiction de cette infirmière et les différents services proposés pour le traitement, mais présente également les avantages et les limites de la prise en charge reçue, dans un contexte marqué par l'absence de traitement de substitution.

Mots-clés : Addiction, péthidine, infirmière, hôpital, traitement de substitution, psychothérapie, opioïdes

Abstract: The use of psychoactive substances is becoming increasingly common among healthcare professionals. Many of them resort to self-medication to alleviate illnesses or pain and misuse these substances due to their easy accessibility. This leads to dependency, accompanied by health, relational, and socio-professional difficulties. This article aims to present the case of a nurse dependent on pethidine, a synthetic opioid. It examines not only the factors contributing to this nurse's addiction and the various services available for treatment, but also highlights the advantages and limitations of the care provided in a setting where substitution therapy is absent.

Key-words: Addiction, pethidine, nurse, hospital, substitution, therapy, Opioid

1. INTRODUCTION

La péthidine est un opioïde analgésique considéré comme la version synthétique de la morphine. À l'international, elle est communément appelée morphinique péthidine. Elle est largement connue sous le nom de mépéridine, tandis que Demerol (Dolosal®) est son nom de marque. Ce médicament présente un potentiel addictif très élevé et sa demi-vie est d'environ trois heures [1]. Classé comme stupéfiant, cet opioïde puissant a été retiré de la liste des médicaments essentiels en France en raison de ses effets secondaires fréquents, tels que nausées, vomissements, vertiges, constipation, tachycardie, hypotension orthostatique et dépression respiratoire modérée [2]. La péthidine entraîne également une dépendance physique et psychologique (addiction) qui peut apparaître après une à deux semaines d'administration [1]. En Afrique, son utilisation est devenue rare dans les établissements de santé, mais elle reste présente dans certains pays de la sous-région ouest-africaine, comme le Togo et le Ghana, où sa prescription est réglementée. La péthidine est un analgésique aux effets antispasmodiques, utilisé pour la gestion des douleurs aiguës et chroniques, modérées à sévères, y compris pendant le travail de l'accouchement [2]. C'est un agoniste pur des récepteurs μ avec des effets anticholinergiques et anesthésiques locaux. Toute personne, indépendamment de sa profession, de son sexe ou de son âge, peut devenir dépendante à la péthidine, car son utilisation entraîne progressivement une tolérance et un syndrome de sevrage. Aujourd'hui, les professionnels de la santé sont particulièrement exposés aux substances psychoactives comme la péthidine. La dépendance aux opioïdes est en hausse, en particulier chez les médecins, les infirmier(e)s et les techniciens biologistes [3]. Des opioïdes tels que le tramadol, la péthidine et le fentanyl sont fréquemment utilisés par ces derniers pour soulager leurs douleurs. Nous avons reçu de nombreux agents de santé dépendants en consultation à l'hôpital psychiatrique de Zébé-Aného, au Togo ; où ils peinent souvent à solliciter un traitement ou sont référés par leur famille ou leur employeur.

Dans cet article, nous présentons le cas d'une infirmière dépendante à la péthidine, qu'elle utilisait de façon abusive pour soigner une algodystrophie sciatique du pied gauche. Nous identifierons les facteurs déterminants de son addiction, présentons les différents services de soins fournis à la patiente, ainsi que les avantages et les limites de la prise en charge en l'absence de traitement de substitution aux opioïdes (TSO).

2. Illustration clinique

2.1. Eléments biographiques

Âgée de 35 ans, célibataire et sans enfant, la patiente que nous appellerons Jeanne (nom d'emprunt) est une infirmière diplômée d'État travaillant dans un centre hospitalier au Ghana, pays limitrophe situé à l'ouest du Togo où elle est soignée pour des troubles liés à l'usage de la péthidine. Après un long parcours thérapeutique, elle est admise à l'hôpital psychiatrique de Zébé-Aného (HPZ-A) le 15 janvier 2018, à la demande de sa famille, en l'occurrence sa mère et son frère. Cet hôpital, situé à 50 km au sud-est de Lomé, capitale du Togo, est le centre de référence en santé mentale du pays, spécialisé dans la prise en charge des troubles mentaux et des addictions aux substances psychoactives.

Dans ce centre, le traitement de l'addiction repose sur un protocole en trois étapes : la désintoxication (traitement médicamenteux), la psychothérapie et la continuité des soins pour la prévention de la rechute. Il convient de préciser que le centre ne dispose pas de traitement de substitution aux opiacés (TSO) tels que la méthadone, utilisée en première intention pour la gestion des addictions aux opioïdes, comme la péthidine.

2.2. Antécédents personnels

À l'âge de 9 ans, Jeanne a souffert d'un paludisme grave nécessitant un traitement à base de quinine, un antipaludique dont les effets secondaires ont provoqué chez elle une nécrose suppurative et une algodystrophie sciatique au pied gauche. Elle ressentait des douleurs intenses, évaluées à 8 sur 10 sur l'Échelle Numérique de la douleur (EN) [4].

En 2014, alors qu'elle travaillait dans le service des urgences d'un autre hôpital, Jeanne découvre la péthidine utilisée pour soulager les douleurs des femmes césariées. Elle utilise ce médicament pour la première fois à l'âge de 31 ans afin de traiter la douleur liée à son algodystrophie au pied gauche. Elle s'injecte la moitié d'une ampoule de 50 mg par voie intramusculaire (IM) lors de la première nuit

de découverte pour atténuer sa douleur. Elle adopte rapidement la péthidine pour son effet antalgique et passe ensuite d'une demi-dose à une ampoule entière les jours suivants.

Jeanne commence à s'injecter la péthidine de manière régulière et discrète, parfois en sollicitant l'aide de collègues infirmiers ou médecins (non consommateurs). Les sites d'injection fréquents sont les fesses, les cuisses et les bras. Elle développe rapidement une tolérance à la péthidine et augmente progressivement la dose administrée chaque jour, passant d'une à quatre ampoules, puis à dix ampoules au cours des trois premières années, pour atteindre vingt ampoules par jour, soit environ une ampoule chaque heure selon ses dires. Elle a d'ailleurs fait une overdose après s'être injectée vingt ampoules en une journée, ce qui a entraîné des risques pour la qualité de ses prestations professionnelles et des incidents graves au volant, nous confie-t-elle.

Dès sa première utilisation, la péthidine lui procure un effet antalgique apaisant, associé à une euphorie et à une ivresse durant 25 à 30 minutes, ce qui lui permet d'oublier ses soucis et de mieux dormir. Jeanne rencontre des difficultés à arrêter, consciente des problèmes que cela engendre, en raison des symptômes de manque qui apparaissent quelques heures après l'arrêt. Bien que les douleurs aient disparu et malgré sa volonté de cesser la consommation de péthidine, elle a du mal à s'en abstenir à cause des symptômes fréquents de manque ou de sevrage.

Les symptômes de manque incluent l'irritabilité, l'insomnie, les troubles du langage (bégaiement) et les difficultés de concentration. D'autres symptômes rapportés par Jeanne concernent l'anorexie, l'amaigrissement, la négligence, la clinophilie et le retrait social.

En ce qui concerne ses antécédents familiaux, son père, âgé de 60 ans, est alcoolodépendant mais en bonne santé. Monogame, il est retraité et vit avec sa femme, la mère de Jeanne, âgée de 57 ans et enseignante au collège. Jeanne est fille unique, la deuxième d'une fratrie de six enfants, dont un décédé en 2002. Elle ne souffre d'aucune autre pathologie psychiatrique ni de maladie organique chronique ou héréditaire.

2.3. Itinéraire thérapeutique

La prise en charge de Jeanne a débuté à l'hôpital de Korle Bu, au Ghana, où elle travaillait comme infirmière. Le traitement initialement mis en place n'a pas été suivi, et elle a repris sa consommation, ce qui a conduit à une rechute après quelques mois d'abstinence. Cette rechute a motivé son admission à l'HPZ-A au Togo pour une nouvelle cure de désintoxication.

3. Hospitalisation et traitements

Jeanne a été hospitalisée dans l'unité d'addictologie de l'HPZ-A sans accompagnant. Après son admission, les accompagnants quittent le centre et peuvent revenir volontairement ou à la demande du personnel soignant. La patiente est alors prise en charge par l'équipe soignante.

Le traitement des addictions dans ce centre est organisé en trois phases, selon le protocole de soins mentionné précédemment : le prétraitement (désintoxication et sevrage), le traitement primaire (pharmacothérapie, psychothérapie et groupe de parole) et la prévention (continuité des soins). Jeanne a suivi les trois phases de traitement. La désintoxication et le sevrage sont associés à une pharmacothérapie. La phase de traitement primaire, poursuivie par la psychothérapie, a débuté par le dépistage et l'évaluation de son trouble lié à la péthidine. Enfin, la phase de continuité des soins, coordonnée par le médecin et le psychologue, prend en compte la planification de soins post-hospitaliers afin de réduire le risque de rechute.

3.1. Dépistage et évaluation

Le dépistage réalisé à l'aide de l'outil ASSIST (Alcohol, Smoking and Substances Involvement Screening Test) [5] a permis de relever les types de drogues consommées par Jeanne, notamment la péthidine et le tramadol. Les scores obtenus sont respectivement de 28 et 12 pour ces deux substances. Le score de 28 pour la péthidine, supérieur au seuil de 27 (score minimum pour un besoin de prise en charge intensive), montre que Jeanne nécessite un traitement intensif, justifiant d'ailleurs sa longue hospitalisation de trois mois pour une désintoxication et un accompagnement psychologique basé sur la thérapie cognitive et comportementale (TCC), une approche efficace et probante dans le traitement des addictions aux opioïdes. Le tableau 1 récapitule la comparaison des caractéristiques du tramadol et de la péthidine, mettant en lumière les effets thérapeutiques et indésirables de ces deux médicaments utilisés par Jeanne. Les deux substances sont utilisées pour traiter la douleur modérée à sévère [6], mais elles diffèrent en termes de mécanisme d'action, d'effets secondaires et de profil de sécurité. Cette

comparaison explique la préférence de Jeanne pour la péthidine, qui présente un début d'action plus rapide et une durée d'action plus courte, contrairement au tramadol, dont l'effet est plus lent et la durée d'action est modérée.

Critères	Tramadol	Péthidine
Classe pharmacologique	Analgésique opioïde atypique, aussi inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline [8]	Analgésique opioïde
Mécanisme d'action	Agoniste partiel des récepteurs opioïdes μ et inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, augmentant les niveaux de ces neurotransmetteurs [10]	Agoniste des récepteurs opioïdes μ [9]
Effets thérapeutiques	Soulagement de la douleur aiguë et chronique modérée à sévère ; également utilisé pour des douleurs neuropathiques [12]	Soulagement rapide de la Douleur aiguë et postopératoire [11]
Début d'action	Plus lent (30-60 min par voie orale) [13]	Rapide(10-15min en intraveineuse) [13]
Durée d'action	Modérée (4-6 heures) [14]	Courte (2-3 heures) [11]
Effets secondaires courants	Nausées, vertiges, somnolence, constipation [16]	Nausées, somnolence, étourdissements, constipation [15]
Risque de dépendance	Modéré à faible ; moins de dépendance physique que la plupart des opioïdes classiques, bien que le risque existe à long terme [18]	Élevé; la péthidine peut entraîner une tolérance et une dépendance physique plus rapidement que certains autres opioïdes [17]
Effets indésirables graves	Convulsions, syndrome sérotoninergique ; risques accrus d'interactions médicamenteuses avec les antidépresseurs IRSN/ISRS [20]	Dépression respiratoire, convulsions, syndrome sérotoninergique avec certains antidépresseurs ; toxicité hépatique possible avec accumulation [19]
Précautions	Insuffisance rénale/hépatique, précautions en cas d'antécédents de convulsions ; peut être mal toléré par les patients sensibles aux effets sérotoninergiques [22]	Risque accru en cas d'insuffisance rénale ou hépatique, d'antécédents de convulsions ; non recommandé chez les personnes âgées [21]
Indications	Douleur aiguë et chronique modérée à sévère, en particulier si neuropathique ; plus fréquemment utilisé dans la gestion de douleurs chroniques que la péthidine [24].	Douleur aiguë modérée à sévère, douleur post-opératoire ; rarement recommandé pour la douleur chronique en raison des risques de dépendance [23]

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques du tramadol et de la péthidine.

L'évaluation réalisée avec l'outil ASI (Addiction Severity Index) [7] a permis d'établir un profil global de Jeanne. Cet outil identifie les difficultés auxquelles la patiente est confrontée, en évaluant sept domaines spécifiques de sa vie. La cotation de l'ASI quantifie la gravité de chaque domaine afin

d'adapter les objectifs thérapeutiques aux priorités de l'utilisateur. Les résultats révèlent que six des sept domaines évalués chez Jeanne sont problématiques, et permettent de les présenter par ordre de gravité. Les trois premiers domaines, d'une gravité modérée, sont la santé physique (domaine médical), la consommation d'alcool et la consommation de drogues. Les trois derniers domaines, d'une gravité plus importante, sont l'état psychologique, l'emploi et le soutien financier, ainsi que les relations sociales et familiales.

Parmi les problèmes associés au trouble de l'usage de la péthidine, Jeanne souligne que les difficultés financières sont les plus préoccupantes. Elle a en effet contracté des prêts bancaires, ainsi que des dettes auprès de collègues et amis pour financer son achat de péthidine. Sa dette est estimée à 30.000 Ghana Cedis (GHC), soit environ 3.750.000 francs CFA, ou 5.725 € sur quatre années de consommation. Ces informations sont confirmées par sa famille.

3.2. La pharmacothérapie

La pharmacothérapie, ou traitement médicamenteux, vise à gérer les symptômes de sevrage liés au retrait de la péthidine. Avant la mise sous traitement de Jeanne, des analyses biologiques et une consultation médicale ont été effectuées. Les traitements prescrits durant toute la durée de l'hospitalisation (trois mois) incluent les médicaments suivants: amitriptyline (Laroxyl100), lévomépromazine (Nozinan 25mg), prométhazine (Phénergan Cp) et phloroglucinol (Spasfon Iyoc). Ces médicaments, utilisés pour soulager les malaises associés aux symptômes de sevrage, sont composés d'antidépresseurs, d'hypnotiques, d'antalgiques et d'antispasmodiques. Sur le plan physique, Jeanne a été orientée vers un spécialiste afin de bénéficier d'une orthèse plantaire pour compenser la dénivellation du pied gauche, ce qui pourrait également contribuer à améliorer son image de soi, tel qu'elle le souhaite. Un traitement de substitution à la méthadone, adapté au trouble de l'usage de la péthidine, serait également recommandé en ambulatoire pour une meilleure gestion de l'addiction, en l'absence d'un programme de traitement de substitution aux opioïdes (TSO) dans le centre de prise en charge.

3.3. La psychothérapie

La psychothérapie représente une partie essentielle du traitement des addictions. Elle vise à transmettre de nouvelles compétences à la patiente, corriger ses croyances erronées sur les substances utilisées, et l'aider à gérer sa consommation ainsi que ses émotions. Jeanne participe à des séances de psychothérapie individuelle d'une durée de 45 à 60 minutes, alternées avec des séances de psychoéducation sur la péthidine et ses effets. Elle est reçue en entretien individuel deux fois par semaine durant le premier mois et une fois par semaine lors des deux mois suivants de son hospitalisation.

Les techniques utilisées incluent l'entretien motivationnel [25], orienté sur les étapes de changement [26], et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), qui se base sur l'identification et la modification des pensées et comportements problématiques associés à l'addiction [27]. Avec la TCC, nous avons mis en place des stratégies de coping pour aider la patiente à identifier les facteurs déclencheurs de ses émotions, et à développer des méthodes de gestion du stress. L'objectif final est de réduire, voire d'arrêter la consommation de péthidine ainsi que les problèmes connexes.

Au cours des entretiens, le test de personnalité (PDQ-4+) [28] révèle que Jeanne présente un trouble de la personnalité dépendante. Elle exprime une altération marquée de l'estime de soi, véhiculée par des pensées négatives telles que : « Je ne m'apprécie pas, je trouve que je ne suis pas belle, les gens ne s'intéressent pas à moi à cause de mon incapacité. » Elle ajoute : « Il me semble que ma vie est sans intérêt et n'a aucun sens. Je me demande : Qui suis-je réellement ? »

Au total, Jeanne a suivi douze séances de psychothérapie individuelle au cours de son séjour. En parallèle, sa mère a été reçue pour deux séances individuelles. La psychothérapie a énormément contribué à la compréhension de son addiction, à l'identification des facteurs déclencheurs et favorisants, et surtout à une meilleure clarification de ses objectifs pour une récupération optimale.

3.4. La continuité des soins

La continuité des soins est assurée par l'équipe médicale, le psychologue et le kinésithérapeute, et repose principalement sur la planification des soins (pharmacothérapie et psychothérapie) en post-hospitalisation. Le traitement médicamenteux s'est poursuivi en ambulatoire, à raison d'une fois par mois sur une durée de six mois. Concernant le suivi psychologique, un plan détaillé a été élaboré avec la patiente, comprenant des objectifs clairement définis dont l'objectif principal est l'arrêt total de la

consommation. Les séances de psychothérapie ont renforcé la capacité de Jeanne à gérer l'envie (craving), lui ont appris des stratégies d'adaptation et de gestion de la rechute, et ont contribué à résoudre ses problèmes tout en améliorant son estime de soi

4. DISCUSSION

La dépendance aux substances psychoactives chez les professionnels de santé est un problème documenté mondialement [1,3,29]. Ce phénomène a une cause multifactorielle, liée au stress professionnel élevé, à l'accès facilité aux substances contrôlées, et aux défis inhérents au secteur de la santé.

Notre observation clinique a été mise en parallèle avec les données de la littérature sur l'addiction aux opioïdes chez les professionnels de la santé, en prenant en compte les facteurs prédisposants ou déterminants (la personnalité, la maladie, et les antécédents familiaux), les facteurs environnementaux (le milieu de travail, l'accessibilité aux drogues) et le traitement. Dans une recherche, des auteurs ont examiné les facteurs de risque de l'addiction aux opioïdes, tels que l'accès facilité aux médicaments, la pression de performance, et le manque de soutien psychologique au sein des établissements de santé [30]. En outre, Baldisseri(2007) [31], dans une étude sur les soignants, met en évidence les risques professionnels spécifiques qui contribuent aux addictions, tels que la fatigue, l'épuisement émotionnel et le stress intense, ainsi que les répercussions potentielles sur la sécurité des patients.

La personnalité de l'usager est un facteur prédisposant qui joue un rôle déterminant dans les conduites addictives. L'administration du test de personnalité (PDQ-4+) [28] a révélé chez Jeanne un trouble de la personnalité dépendante, clairement identifiable dans ses propos. Ce profil se traduit par une faible estime de soi : « Je suis différente des autres, je ne suis pas aussi belle que les autres filles », des difficultés à prendre des initiatives et une tendance à déléguer les responsabilités essentielles : «

J'ai confié la gestion de mon salaire à mon frère », ainsi qu'une incapacité à prendre des décisions sans réassurance préalable : « Je demande conseil à mon amie et à mes frères avant de prendre une décision me concernant. » De nombreuses études utilisant des instruments de mesure de la dépendance affective montrent des scores élevés chez les personnes alcooliques, toxicomanes ou présentant des troubles de l'alimentation comme l'anorexie ou la boulimie [32]. Dans une étude comparant 342 personnalités dépendantes à 3258 autres troubles de la personnalité, la proportion de personnalités dépendantes (31 %) était plus élevée que celle des autres troubles de la personnalité [33]. Ainsi, l'identification d'un trouble de la personnalité confirme la présence chez Jeanne d'une pathologie duelle, associant ainsi un trouble de l'usage de la péthidine à un trouble de la personnalité.

Plusieurs recherches ont été menées sur la dépendance à la péthidine chez les professionnels de santé féminins [1,3,12,29]. Toutefois, en Afrique et particulièrement au Togo, le genre masculin et d'autres catégories de professionnels de la santé souffrent aussi de troubles liés à l'usage d'opioïdes, mais ces cas restent peu documentés. Ndetei, Khasakhala & Mutiso (2010) [34] abordent la consommation de drogues en Afrique, y compris chez les professionnels de santé, et soulignent le manque d'infrastructures pour la prévention et le traitement des addictions. En Ouganda, une étude menée auprès des soignants examine les défis de la prise en charge des troubles mentaux, dont les addictions, en raison du manque de ressources et de l'accès limité aux soins de santé mentale [35].

Au Togo, un cas de pseudo-addiction à la péthidine a été observé chez une soignante [36]. Amegbor et Bado (2019) [37] examinent les facteurs sociaux influençant la consommation d'alcool et de tabac chez les soignants togolais, en soulignant l'impact du stress, des bas salaires et du manque de soutien psychologique. Kouevi et Atake (2020) [38], dans une autre recherche, abordent les défis de la prise en charge des troubles de la santé mentale et des addictions dans le pays, y compris chez les soignants, en raison du manque d'infrastructures en santé mentale. Cependant, bien que des études existent sur la disponibilité et l'usage médical de la péthidine au Togo et dans la sous-région ouest-africaine, peu d'entre elles traitent de son utilisation abusive parmi les professionnels de santé.

La péthidine est généralement prescrite pour la gestion de la douleur modérée à sévère [6]. Jeanne l'utilisait pour soulager sa douleur, ayant connaissance de ses propriétés analgésiques mais ignorant son potentiel addictif. À court de solutions pour se soulager efficacement, elle s'est tournée vers la péthidine. Or, de nombreuses études et recommandations cliniques déconseillent son usage dans la prise en charge des douleurs modérées à sévères dans de nombreux pays, en raison de son potentiel de toxicité [39,40]. Une étude menée au Togo sur les équipements en anesthésiologie dans 23 centres hospitaliers révèle que les opioïdes utilisés en périopératoire incluent principalement la péthidine (87 %), la buprénorphine (56 %), la morphine (47 %) et le fentanyl (39 %) [41]. Cependant, cette étude et

d'autres similaires [42,43] ne se concentrent pas sur l'usage des opioïdes par les professionnels de la santé. Les antécédents personnels et familiaux jouent également un rôle dans l'addiction de Jeanne. Une étude indique que 60 % des infirmières ayant participé ont des parents présentant une consommation excessive d'alcool ou de drogues [44]. Dans le cas de Jeanne, ses antécédents familiaux révèlent que son père est alcoolique, ce qui pourrait constituer un facteur de prédisposition à développer une addiction.

Le milieu de travail et l'accès aux drogues sont deux autres facteurs qui entretiennent la dépendance à la péthidine chez Jeanne. Exercer la profession d'infirmière dans certains services de soins, comme celui des urgences, peut en effet représenter un facteur de risque. La patiente travaille dans un service d'urgence, un environnement où le risque de dépendance est élevé, surtout lorsqu'il est combiné avec d'autres facteurs, tels qu'une personnalité dépendante ou borderline et une exposition fréquente à des substances à fort pouvoir addictif, comme la péthidine. Une étude révèle qu'un quart des cas de toxicomanie chez les médecins concerne cette molécule [23]. En tant qu'infirmière, le milieu professionnel constitue ainsi un facteur de risque pour Jeanne.

Par ailleurs, la dépendance de Jeanne à la péthidine peut avoir des répercussions significatives sur son environnement de travail, notamment sur la qualité des soins, la sécurité des patients, la santé et le bien-être de ses collègues, ainsi que sur la responsabilité légale de l'établissement. Une étude de Trinkoff et Storr (1998) [29] montre que l'abus de substances psychoactives chez les soignants est associé à une baisse de la qualité des soins, particulièrement dans les environnements à haute pression, comme les services d'urgence et les unités de soins intensifs.

L'usage de la péthidine est fréquent chez les médecins et les infirmiers en raison de leur facilité d'accès à cette molécule, les premiers pouvant se la prescrire et les seconds s'en procurant à partir des ordonnances des patients. Ce comportement lié à la dépendance de Jeanne à la péthidine présente des risques directs pour la sécurité des patients. Selon des recherches, les professionnels de la santé peuvent facilement se procurer et abuser de la péthidine sur leur lieu de travail [3]. Jeanne se procurait de la péthidine en la subtilisant dans le service, en demandant à certains collègues, et en l'achetant directement à la pharmacie, parfois avec l'aide d'un prescripteur ou sur le marché noir auprès de vendeurs de produits pharmaceutiques contrefaits dans sa ville. Selon Monroe et Kenaga (2010) [45], les professionnels de la santé en situation de dépendance sont plus susceptibles de dérober des médicaments pour satisfaire leurs besoins, privant ainsi les patients des doses prescrites et compromettant la gestion de leur douleur.

5. Les bénéfices et limites de la prise en charge

En médecine, le terme « bénéfique » désigne les effets positifs et attendus d'un traitement sur l'état de santé d'un patient [46]. La prise en charge de l'addiction à la péthidine de Jeanne vise à arrêter sa consommation, atténuer la douleur liée à son algodystrophie, renforcer son estime de soi, et améliorer ses relations sociales, contribuant ainsi à une meilleure qualité de vie globale. Les bénéfices ont été significatifs sur les plans physique, mental et relationnel. Toutefois, certaines limites subsistent, notamment l'absence de traitement de substitution aux opioïdes.

5.1. Les bénéfices du traitement de Jeanne

La prise en charge sans recours à des substituts pharmacologiques présente certains avantages, car elle favorise les approches non pharmacologiques, telles que la thérapie cognitive-comportementale (TCC), la thérapie motivationnelle et le soutien social, qui aident à réduire les symptômes de l'addiction sans introduire de dépendance à un autre médicament.

Les effets positifs du traitement de Jeanne se répartissent en deux domaines principaux : le bien-être physique et mental, la réduction des risques de dépendance d'une part, et le contexte des relations familiales et bénéfices socio-économiques d'autre part.

5.1.1. Santé physique et mentale

À la fin du traitement, Jeanne a montré une nette amélioration de son état de santé et de son bien-être général. Les observations cliniques indiquent une diminution des symptômes de sevrage ainsi qu'une baisse des envies de consommer. Les zones d'injection se sont cicatrisées, et la douleur liée à l'algodystrophie est passée de 8 à 3 sur l'échelle numérique de la douleur, facilitant ainsi la prise en charge kinésithérapique. Une orthèse plantaire compensatoire a également été envisagée pour rétablir son équilibre locomoteur.

Le traitement pharmacologique a contribué à réduire les risques de comorbidité mentale, tels que la dépression, tandis que le suivi psychologique a amélioré sa capacité à prévenir les rechutes et à renforcer son estime de soi. Jeanne a acquis de nouvelles compétences pour mieux gérer ses émotions et contrôler ses sources de stress. L'absence de traitement de substitution l'a poussée à se concentrer davantage sur les thérapies comportementales et cognitives, le soutien social et les thérapies de groupe, permettant un travail profond sur les causes sous-jacentes de son addiction. La TCC s'est avérée efficace pour aider les patients à développer des stratégies anti-rechute sans recourir à des médicaments de substitution [47].

5.1.2. Réduction des risques de dépendance

En l'absence de traitements de substitution comme la méthadone ou la buprénorphine, le risque de dépendance à un autre opioïde a été évité, favorisant une abstinence totale. Bien qu'une méta-analyse confirme l'efficacité de la buprénorphine, elle reconnaît également le risque de dépendance, ce qui peut poser problème dans certains parcours de réhabilitation [48].

5.1.3. Relations familiales

Les relations de Jeanne avec sa famille se sont améliorées, marquées par des visites fréquentes de sa mère et d'autres membres de la famille pendant son séjour hospitalier. Selon les entretiens avec sa mère, les progrès sont notables, notamment en matière de communication, de reconnaissance et d'acceptation de son addiction. La famille, impliquée dans la prise en charge, a été sensibilisée pour soutenir Jeanne de manière bienveillante dans son abstinence. Ce soutien favorise un environnement dans lequel Jeanne se sent libre de demander de l'aide sans crainte de jugement.

5.1.4. Bénéfices économiques

En diminuant ses dépenses de consommation pendant son traitement, Jeanne a pu réduire significativement les coûts liés à l'achat de péthidine. Elle pourra envisager de faire des économies et de rembourser ses dettes.

En somme, cette prise en charge a permis d'améliorer la santé physique et mentale de Jeanne, de renforcer ses relations familiales et de réduire les risques de dépendance à un nouveau médicament. Les bénéfices, bien que substantiels, coexistent avec les limites posées par l'absence de traitement de substitution dans la gestion de l'addiction aux opioïdes.

5.2. Les limites de la prise en charge

Les limites de la prise en charge sans traitement de substitution aux opioïdes représentent des obstacles ou effets indésirables associés à l'absence d'option de substitution. Ces contraintes incluent des difficultés accrues pour le sevrage, des risques de rechute plus élevés et des défis dans la gestion des symptômes de sevrage. Deux limites principales sont identifiées :

5.2.1. Les difficultés accrues de gestion des symptômes de sevrage

En l'absence de traitement de substitution aux opioïdes, Jeanne est confrontée à des douleurs musculaires intenses, à des épisodes d'insomnie et à de l'anxiété dès le début de son traitement. Sans substitution, les symptômes de sevrage (douleurs, nausées, anxiété) deviennent plus sévères, rendant le processus de rétablissement extrêmement difficile et augmentant le risque d'abandon du traitement [48]. Selon Kosten et Baxter (2019) [48] la substitution aux opioïdes peut aider à mieux gérer ces symptômes, stabilisant ainsi le traitement et réduisant les abandons. Dans ce contexte, il est recommandé d'utiliser du tramadol par voie orale, car il est également efficace pour soulager des douleurs modérées à sévères.

5.2.2. Les risques plus élevés de rechute

L'absence de traitement de substitution augmente le risque de rechute chez les patient(e)s traité(e)s pour des troubles liés aux opioïdes, car les envies de consommation peuvent persister malgré un suivi psychologique intensif. L'analyse de Amato et al. (2005) [49] met en évidence l'efficacité des traitements de substitution pour réduire les taux de rechute, particulièrement lorsque le sevrage total est difficile à maintenir. La substitution à la méthadone peut ainsi être envisagée pour prévenir une rechute complète. Sans soulagement pharmacologique, la pression psychologique peut augmenter, tout comme le risque de troubles mentaux, notamment la dépression et l'anxiété, exacerbant la dépendance émotionnelle. Une étude menée par Davis, Uezato, Newell et al. (2008) [50] examine la relation entre troubles de

l'humeur et addiction, en soulignant qu'une prise en charge inadéquate des symptômes de dépendance peut aggraver les troubles psychiatriques. Les patients peuvent alors faire face à des douleurs liées au sevrage, lesquelles, sans substitution, deviennent difficilement gérables et réduisent le confort du traitement. Une étude de Kalso, Edwards, Moore et al. (2004) [51] montre que les opioïdes sont souvent nécessaires pour des douleurs difficiles à soulager par d'autres traitements.

L'isolement et la stigmatisation dans le milieu professionnel peuvent également accroître le risque de rechute. Les professionnels de santé dépendants aux opioïdes peuvent ressentir un isolement accru, aggravé par la stigmatisation liée à leur trouble, ce qui peut entraver leur engagement dans le traitement. Les travaux de Trinkoff et Storr (1998) [29] révèlent un taux élevé de dépendance parmi les infirmières et mettent en lumière la nécessité de programmes adaptés pour favoriser leur réintégration professionnelle et réduire la stigmatisation.

6. CONCLUSION

Cette étude de cas porte sur les troubles liés à l'utilisation de la péthidine chez une infirmière admise à l'HPZ-Aného. Elle vise d'abord à identifier les facteurs déterminants dans l'addiction de la patiente, à décrire les différentes étapes de la gestion de cette addiction, et à évaluer les bénéfices et les limites d'une prise en charge sans recours à la méthadone, qui est un traitement de substitution de première ligne pour les opioïdes. L'objectif final est de sensibiliser aux cas d'addiction aux opioïdes chez les professionnels de santé au Togo.

L'étude met en lumière les difficultés spécifiques rencontrées dans la gestion des addictions aux opiacés chez les usagers, tout en soulignant la nécessité de dispositifs de soins particuliers pour les professionnels de santé confrontés à cette problématique. Par ailleurs, elle relance le débat sur le manque de traitements de substitution aux opioïdes (TSO) dans les centres d'addictologie au Togo. Le recours aux TSO permettrait d'améliorer la prise en charge des addictions aux opiacés (le tramadol, la péthidine) en réduisant le risque de rechute, en gérant les usages chroniques, en évitant les overdoses et en offrant aux patients une qualité de vie plus saine.

En l'absence de la méthadone, une alternative pourrait être envisagée sous forme de substitution par des opioïdes « faibles » (médicaments du palier 2 de l'OMS), associés à une psychothérapie intensive. Le tramadol, administré sous forme de comprimés et sous surveillance médicale, pourrait être proposé comme médicament de substitution aux opiacés, notamment à la péthidine. Cela permettrait de réduire les troubles liés à l'usage compulsif, de prévenir les rechutes, et de limiter les risques d'infections associés aux pratiques d'injection, comme les abcès.

7. REFERENCES

1. Molloy A. La péthidine a-t-elle encore sa place en thérapie ? Prescripteur australien, 2002, 25 (1).
2. Zehra B, Emine T Ş, Nurhan Ş, Nasuhi E A, Sadegül S. Pethidine Related Sudden Death, J. For Med. 2013; 27(1): 76-80
3. Evren C E, Ögel K, Çakmak D. Comparison the properties of inpatient meperidine (pethidine) and cannabis abusers. Anatolian J Psych. 2002; 3(1): 20-7.
4. Haute Autorité de la Santé (HAS). Liste des échelles pour mesurer la douleur. 2022; p.4; Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-01/liste_echelles_acceptees_2022.pdf.
5. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Bibliothèque des médicaments essentiels de l'organisation mondiale de la santé. Médicaments retirés de la 13ème liste modèle, 2003, avril

6. McEvoy, G. American Hospital Formulary Service Drug Information. Bethesda: American Society of Hospital-System Pharmacists, 2004: 2044-2046.
7. McLellan T A, Deni C, Coyne T H. Index de gravité de la dépendance, 1992, 5ème édition. In Admisson, Dépistage, évaluation, planification des traitements et documentation, programme 5, manuel de participant, 2015, page 296, 2ème édition, Sri-Lanka.
8. Brunton L L, Chabner B A, Knollmann B C. (Eds.) 2010. Goodman & Gilman's: The Pharmacological Basis of Therapeutics.
9. Gutstein H B, Akil H. Opioid analgesics, 2006, In: Brunton L L. et al. eds. Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics.
10. Raffa R B & Friderichs E. Opioid and nonopioid components independently contribute to the mechanism of action of tramadol, 2006.
11. WHO. Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses, 2009.
12. Grond S, Sablotzki A. Clinical pharmacology of tramadol. Clinical Pharmacokinetics, 2004, 43(13), 879-923.
13. Leppert W. Tramadol as an analgesic for mild to moderate cancer pain. Pharmacological Reports, 2009, 61(6), 978-992.
14. Kirschke H. Duration of action and pharmacokinetics of pain medications, 2003
15. Huxtable C A, et al. Acute pain management in opioid-tolerant patients. Therapeutics and Clinical Risk Management, 2011.
16. Fricke J R, Karim R, Jordan D, Rosenthal N, Ahdieh H. Efficacy and safety of tramadol/acetaminophen combination tablets in the management of osteoarthritis pain. The Journal of Rheumatology, 2004, 31(12), 2454-2463
17. Comer S D, Collins E D. Self-administration of intravenous doses of nalbuphine, buprenorphine, and morphine by opioid abusers, 2002.
18. Amann R, Winter B. Tramadol and the risk of dependence, 2013.
19. Shnaps Y, et al. Fatal meperidine (pethidine) overdose: Case report and review of the literature, 2012.
20. Johnson C. Risk factors for serotonin syndrome in patients receiving opioids, 2003.
21. Fine P G. Long-term analgesic use in geriatric patients: special concerns, 2004.
22. Santos M, Bosio, S. Opioids in renal failure and dialysis patients: best evidence for proper management, 2011.
23. Staats P S, et al. Treatment of moderate to severe acute pain with meperidine in postoperative patients, 2015.
24. Cicero T J, Ellis M S. Abuse liability and therapeutic use of tramadol, 2006.
25. Miller W R, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People for Change, Second Edition, 2002, New York: Guilford Press.
26. Prochaska J O, DiClemente C C. Transtheoretical therapy toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice; 1982, 19:276-87.
27. Neil A R. La thérapie cognitivo-comportementale, 2010. In: Guide d'information, centre de toxicomanie et de santé mentale, Canada, Disponible sur <https://www.camh.ca/-/media/health-info-files/guides-and-publications-french/cbt-guide-fr.pdf>.
28. Hyler S E. traduction : P. Fontaine, I. Note, D. Lavenex et M. Bouvard. Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité, Collection pratiques en psychothérapie, 2ème édition, Masson, 1999-2002, 1994, Paris, page 85.
29. Trinkoff A M, Storr C L. Substance Use among Nurses: Differences between specialities. American Journal of Public Health, 1998, 88(4), 581-583.

30. Kenna G A, Lewis, D C. Risk factors for alcohol and other drug use by healthcare professionals. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2008, 3(1), 1-8.
31. Baldisseri M R. Impaired healthcare professional. *Critical Care Medicine*, 2007, 35(2 Suppl), S106-S116.
32. Loas G, Godart N T, Curt F, Perdereau F, Lang F, Venisse J-L, Halfon O, Bizouard P, Corcos M, Jeammet P, Flament M F. La fréquence des troubles anxio-dépressifs diffère-t-elle entre les types diagnostiques d'anorexie mentale et de boulimie ? *Encephale*, 2005, n°3 vol 31.
33. Loranger A. Dependant personality disorder, age, sex and axis I comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1996, 184(1),17-21. In Jeammet et coll (2003).
34. Ndetei D M, Khasakhala L I, Mutiso V. Drug use in Africa: Epidemiological and prevention perspectives. *World Psychiatry*,2010, 9(3), 190–192.
35. Ssebunnya J, Kigozi F. Integration of mental health into primary health care in Uganda: Opportunities and challenges. *Mental Health in Family Medicine*, 2013, 10(1), 37.
36. Wenkouarama D, Salifou S, Dassa K S. Combattre le mal par le mal : le cas de Akouvi addicte à la péthidine. *Psycause*, 2018,p. 40-44 n°76.
37. Amegbor P M, Bado A. Social determinants of alcohol and tobacco use among healthcare workers in Togo. *BMC Public Health*, 2019, 19, 165.
38. Kouevi A Y, Atake E H. The challenges of mental health and addiction care in Togo. *International Journal of Mental Health Systems*, 2020, 14, 64.
39. Ekblow A, Ekman G, Hjelm A, Lack of analgesic effect of systematically administered Morphine or pethidine on labour pain. *Int J Gynaecol Obste*, 2005; 103 (10):968-72.
40. Mac Pherson R D, Duguid M. Strategy to eliminate pethidine use in hospitals *J. Pharm. Pract*, 2008, 38(2):88-9.
41. Ouro-bang'na A F, Maman K, Tomta N, Kangni T, Mouzou P, Egbohoun D, Ouro-bang'na B. Songne. Evaluation du plateau technique d'anesthésie au Togo : enquête multicentrique portant sur 23 formations sanitaires, Publié dans *Médecine d'Afrique Noire* 5502,2008 Février, pp. 101-105.
42. Kakpovi K, Koffi-Tessio V, Houzou P, Fianyo E, Kolou M, Kuéviakoé M I, Padaro E, Tagbor K, Oniankitan O, Mijiyawa M. Profil de la polyarthrite rhumatoïde en consultation rhumatologique à Lomé (Togo). Pub dans *European Scientific Journal*, 2017, vol 13 no 15: esj may edition.
43. Chobli M, Tomta K, Mouzou T, Sama H, Ahouangbévi S. Pratique anesthésique au Togo, 2012, *Rev. Afr. Anesth. Med.* Tome 17 n°1
44. Kelly M, Mynatt S. Addiction among nurses! Does the health care management, prevention and policy, 1990, 3 (3).
45. Monroe T, Kenaga, H. Don't ask don't tell: Substance abuse and addiction among nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 2010, 19(7 - 8), 1141–1150.
46. McHugh R K, Hearon B A, Otto M W. Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 2010, 33(3), 511-525.
47. Mattick R P, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence,2014, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD002207.
48. Kosten T R, Baxter L E. Review of the pharmacotherapy of opioid dependence: A growing role for buprenorphine in primary care, *Journal of the American Medical Association*, 2019, 321(8), 815-823



-
49. Amato L, Davoli M, Perucci C A, Ferri M, Faggiano F, Mattick R P. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: Available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2005, 28(4), 321-329.
50. Davis L, Uezato A, Newell J M, Frazier E. Major depression and comorbid substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 2008, 21(1), 14-18.
51. Kalso E, Edwards J E, Moore R A, McQuay H J. Opioids in chronic non-cancer pain: Systematic review of efficacy and safety. *Pain*, 2004, 112(3), 372-380.