



HAL
open science

Évaluation d'une intervention de santé publique : dispositif de prise en charge des consommateurs de drogues injectables au CEPIAD, Centre de Prise en Charge Intégrée des Addictions de Dakar

Mélodie Lassmann

► **To cite this version:**

Mélodie Lassmann. Évaluation d'une intervention de santé publique : dispositif de prise en charge des consommateurs de drogues injectables au CEPIAD, Centre de Prise en Charge Intégrée des Addictions de Dakar. Sciences pharmaceutiques. 2015. dumas-01264918

HAL Id: dumas-01264918

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01264918>

Submitted on 29 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX
U.F.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2016

N°16

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par **LASSMANN Mélodie Clémentine**

Née le 16 décembre 1988 à Tonneins

le 08 décembre 2015 à Bordeaux

EVALUATION D'UNE INTERVENTION DE SANTE PUBLIQUE :
dispositif de prise en charge des
consommateurs de drogues injectables au CEPIAD,
Centre de Prise en Charge Intégrée des Addictions de Dakar.

Directrice de la thèse : Mme Catherine DUMARTIN

Jury

Mme Marie BAUMEVIEILLE, Maître de conférences-HDR	Président
Mme Catherine DUMARTIN, Maître de conférences-Praticien hospitalier	Juge
M. Antoine JAQUET, Médecin épidémiologiste	Juge
M. Bara NDIAYE, Professeur, Dakar, Sénégal	Juge

« Essayez de quitter ce monde en le laissant un peu meilleur que vous l'avez trouvé. Et quand l'heure de la mort approchera, vous pourrez mourir heureux en pensant (...) que vous avez fait de votre mieux. »

Robert Baden-Powell, fondateur du scoutisme

Remerciements

A Madame le Docteur Marie BAUMEVIEILLE

Maître de Conférences en Droit et Economie Pharmaceutiques à l'Université de Bordeaux

Praticien attaché, CHU de Bordeaux

Docteur en Pharmacie, Docteur de l'Université, HDR

Merci de me faire l'honneur d'être présidente de mon jury de thèse. Je vous remercie de me laisser étudier un de vos domaines, l'addiction, sous un angle de santé publique internationale.

A Madame le Docteur Catherine DUMARTIN

Maître de Conférences en Droit et Economie Pharmaceutiques à l'Université de Bordeaux

Praticien hospitalier, CHU de Bordeaux

Docteur en Pharmacie, Docteur de l'Université

Merci de me faire l'honneur d'être ma directrice de thèse. Egalement, je vous remercie de m'avoir soutenue dans le choix d'un sujet de santé publique et dans mes activités de promotion de la pharmacie humanitaire. Enfin, je vous remercie de m'avoir valorisée lors de mon passage dans votre service, le CCLIN, durant trois mois de stage hospitalier.

A Monsieur le Docteur Antoine JAQUET

Médecin épidémiologiste, INSERM 897

Docteur en Médecine, Docteur de l'Université

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Vous avez été mon tuteur, vous m'avez guidée et conseillée tout au long de mon projet de stage de master. Connaissant bien les sujets du VIH en Afrique de l'Ouest et des consommateurs de drogues, vos éclairages sur mon travail ont été précieux et appréciables.

A Monsieur le Professeur Bara NDIAYE

Professeur de chimie analytique et de bromatologie à l'Université Cheick Anta Diop, Dakar, Sénégal

Pharmacien chef du CHNU de Fann, Dakar, Sénégal

Président de la section A de l'Ordre des pharmaciens du Sénégal

Merci de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Vous avez accompagné l'ouverture du CEPIAD et l'introduction de la méthadone au Sénégal, j'espère que ce travail de recherche vous plaira et vous aidera dans la poursuite de ce projet essentiel et innovant.

Je remercie le **Pr. Alice Desclaux**, directrice de recherche à l'IRD, ma directrice de stage de master pour son aide méthodologique et ses précieux conseils.

Je remercie avec une profonde gratitude le **Dr. Maryvonne Maynard**, experte en mission d'appui au lancement du CEPIAD, ma référente au CEPIAD, qui m'a soutenue et conseillée quotidiennement.

Je remercie le **Dr. Idrissa Ba et le Pr. Thiam** de m'avoir accueillie au CEPIAD, structure qui dépend du service de psychiatrie. Je remercie aussi l'équipe du **CRCF**, en particulier **Virginie Champion**, assistante administrative.

Je remercie la **Fondation de l'université de Bordeaux** (frais de séjour et subvention pour le billet d'avion) pour son appui financier ainsi que l'**Unité TransVIHMI de l'IRD** (frais de soumission au comité d'éthique, de communication et de traduction) et le **CEPIAD** (frais de saisie).

Je remercie tous les **professionnels et intervenants du CEPIAD**, à savoir mes trois mousquetaires, **Sougou, Thierno et Samba** pour leur amitié, **Eva et Safiatou** pour leurs sourires, **Dr. Ndiaye, Mme Bouso, Dr. Diaba, Nogaye et Awa** ainsi que **toute l'équipe de terrain**, notamment **Ousmane** pour son envie d'avancer.

Je remercie **Franck Biget**, professionnel en travail social et stagiaire en même temps de m'avoir soutenue. J'ai beaucoup aimé échangé avec toi sur nos travaux respectifs.

Je remercie **Gautier, Caroline, Annie, Lionel, Bertrand**, que j'ai peu croisés mais qui apportent beaucoup au CEPIAD.

Je remercie **Rose-André Faye et Joana Touré**, qui ont participé à mon étude, respectivement en tant qu'enquêtrice et aide à la saisie des dossiers patient.

Je remercie les **partenaires du CEPIAD**, dont le **Dr Karim Diop**, secrétaire général du CRCF et représentant d'Expertise France (ex-ESTHER).

Je remercie tous les **usagers -de santé- du CEPIAD**, pour leur accueil, leur respect, nos discussions, dont **Ibou, les Moustapha, Joe, Demba, Mame Gor, Gagnesiri, Loulou et André**.

Je remercie le **Dr. Bernard Taverne** de l'IRD pour avoir un jour répondu au tout premier mail et **Marie Varloteaux, le Dr. Mélanie Plazy et Nancy Schneider** de l'ISPED pour m'avoir encouragée dès le début.

Je remercie **ma promotion « santé publique internationale »**, mes amis et camarades de classe pour être rentrés dans ma vie. Je pense notamment à **Anne, Eloïne, Charlotte, Morgane et Lucas** en France, à **Sandra et Alia** du côté de l’Egypte et à **Eboua** en Côte d’Ivoire.

Je remercie **mes enseignants et intervenants du master** pour leur rigueur, leur passion et leur patience à mon égard.

Je remercie mes enseignants en pharmacie pour m’avoir formée durant de nombreuses années et en particulier le **Dr. Françoise Amouroux** pour l’officine.

Je remercie les **pharmaciens, préparatrices et autres collègues** avec qui j’ai eu l’occasion de travailler en pharmacie d’officine et à l’hôpital, en France et au Sénégal.

Je remercie mes amis étudiants en pharmacie et pharmaciens, notamment **Olivier et Anaïs** pour être si drôles, et **Audrey, Eléonore, Claire et Tatiana** de m’avoir tant soutenue durant toutes ces années.

Je remercie mes **amis scouts** et surtout ma super équipe régionale, mes **amis ndemois et dakarois** et **tous les autres de par le monde** d’être à mes côtés. Tout particulièrement, je remercie **Serigne Babacar Mbow**, président de l’ONG des villageois de Ndem et **Hélène Gérault**, présidente de l’association Solidarité Ndem France pour leur amitié généreuse.

Je remercie tous ceux qui de près ou de loin m’ont soutenu dans mes projets associatifs, projets qui m’ont amenée à m’intéresser davantage aux autres.

Enfin, et surtout, je remercie du fond du cœur ma famille, **Maman, Papa, Marie et Mathieu, Alain, Mouty et ainsi de suite**, ainsi que mon compagnon, **Massa**, pour leur accompagnement académique et leur soutien sans faille.

Résumé

Contexte : Le recours aux soins des consommateurs de drogues injectables est très limité au Sénégal, où le contexte social envers cette population est répressif et le contexte sanitaire limité. Le Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida 2011-2015 a inscrit les consommateurs de drogues injectables comme population clé dans ses interventions et a favorisé la création du Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions à Dakar (CEPIAD) dans l'enceinte du CHNU de Fann à Dakar en décembre 2014.

Objectif : L'objectif de l'étude est d'évaluer le dispositif de prise en charge des consommateurs de drogues injectables au CEPIAD à Dakar en 2015.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude descriptive transversale au CEPIAD, de mars à août 2015. Des grilles d'évaluation ont été utilisées pour mesurer la satisfaction des usagers, et évaluer le dispositif de réduction des risques et les services offerts. L'analyse des données a reposé sur la technique des atouts et faiblesses.

Résultats : Durant la période d'étude, 180 consommateurs de drogues injectables dont 10 femmes ont accédé au CEPIAD (soit 1/7^e des consommateurs à Dakar). Les consommateurs ont alors pu avoir connaissance de leurs statuts sérologiques VIH et VHC (75 % et 66 %), un entretien social (179) et des activités de convivialité (91). Les patients enquêtés se disent satisfaits à 74 % des services du centre. En une année sur le terrain, l'équipe mobile a pu approcher plus d'un tiers des 1324 consommateurs dakarois. Parmi les 512 consommateurs approchés, les injecteurs ont reçu en moyenne 187 seringues, quantité proche des 200 seringues recommandées par an et par injecteur par l'OMS.

Conclusion : Combinant diverses approches et disposant d'un panel d'interventions permettant de réduire les risques liés à l'usage de drogues, le CEPIAD est le premier centre dédié en Afrique de l'Ouest. L'intégration effective des services (tuberculose, VIH, VHC) et l'accès des femmes aux activités doivent être développés.

Mots-clés : CEPIAD, consommateurs de drogues injectables, méthadone, réduction des risques, Sénégal, usage de drogues, UDSEN, VIH/sida.

Table des matières

Remerciements.....	3
Résumé	6
Table des matières	7
Liste des figures.....	9
Liste des tableaux	10
Liste des annexes	11
Liste des abréviations et acronymes	12
Introduction	13
Première partie : Interventions de prise en charge des consommateurs de drogues injectables et démarche d'évaluation	14
Chapitre I. Contexte lié à la consommation de drogues	14
Section I. Contexte sanitaire relatif à l'usage de drogues	14
Section II. Réponse sanitaire	16
Section III. Usage de drogues en Afrique et au Sénégal	17
Section IV. Recherches et actions de sensibilisation en matière d'usage de drogues au Sénégal	18
Chapitre II. Prise en charge des consommateurs de drogues injectables au Sénégal en 2015.....	19
Section I. Problématique.....	19
Section II. Projet UDSEN 2011	19
Section III. Origines du CEPIAD	20
Section IV. Organisation du centre.....	22
Section V. Patientèle et services	29
Chapitre III. Principes et méthodes d'évaluation des centres de prise en charge.....	32
Section I. Evaluation des interventions de santé publique.....	32
Section II. Evaluation des interventions au profit des consommateurs de drogues ...	33
Section III. Evaluation des services proposés	34
Section IV. Evaluation des activités de réduction des risques	35

Deuxième partie : Etude du dispositif de prise en charge des consommateurs de drogues injectables au CEPIAD	38
Chapitre I. Contexte et objectifs de l'étude	38
Section I. Commanditaires	38
Section II. Objectifs	38
Chapitre II. Méthodes	39
Section I. Type d'étude	39
Section II. Inclusion des données.....	40
Section III. Recherche évaluative et évaluation normative	40
Section IV. Population d'étude	41
Section V. Techniques d'investigation et méthodes de recherche	42
Section VI. Outils et modes de recueil.....	43
Section VII. Traitement et analyse des données	46
Section VIII. Obtention de l'avis du comité d'éthique.....	47
Chapitre III. Résultats.....	47
Section I. Description des profils patients consommateurs de drogues injectables ..	47
Section II. Services proposés aux consommateurs de drogues injectables.....	52
Section III. Activités de réduction des risques	63
Chapitre IV. Discussion de l'évaluation	74
Section I. Discussion des principaux résultats de l'étude	74
Section II. Validité interne	77
Section III. Validité externe	79
Section IV. Perspectives	80
Section V. Implications de santé publique	81
Section VI. Recommandations	82
Conclusion.....	85
Bibliographie	86
Annexes	89
Abstract	120

Liste des figures

Figure 1 : Estimation du nombre d'usagers de drogues injectables et prévalence régionale de l'infection à VIH chez les personnes qui consomment des drogues injectables, 2007	14
Figure 2 : La prévalence des usagers de drogues injectables (UDI) et la prévalence du VIH chez les UDI en Afrique subsaharienne.....	17
Figure 3 : Plan du rez-de-chaussée du CEPIAD.....	23
Figure 4 : Photographies des aménagements du CEPIAD	24
Figure 5 : Schéma de l'organisation du CEPIAD, 2014, CEPIAD.....	25
Figure 6 : Organigramme du CEPIAD, 2014, CEPIAD.....	27
Figure 7 : Photographies des activités du CEPIAD.....	30
Figure 8 : Cadre d'interventions en réduction des risques proposé par Médecins du Monde	37
Figure 9 : Populations et catégories de consommateurs de drogues injectables, 2014-2015, CEPIAD.....	41

Liste des tableaux

Tableau 1 : Nombre de patients (N=180) par année de première rencontre de l'équipe de terrain par les patients, août 2015, CEPIAD	48
Tableau 2 : Nombre de patients (N=180) par mois de premier accueil au CEPIAD pour le premier semestre 2015, août 2015, CEPIAD.....	48
Tableau 3 : Nombre de patients (N=180) ayant ouvert un dossier de prise en charge par mois au CEPIAD pour le premier semestre 2015, août 2015, CEPIAD.....	48
Tableau 4 : Caractéristiques socio-professionnelles des patients (N=180), janvier à juin 2015, CEPIAD.....	49
Tableau 5 : Caractéristiques sanitaires des patients (N=180), janvier à juin 2015, CEPIAD	50
Tableau 6 : Caractéristiques liées à la santé sexuelle des patients (N=180), janvier à août 2015, CEPIAD.....	51
Tableau 7 : Caractéristiques des pratiques et des consommations liées aux drogues des patients (N=180), janvier à juin 2015, CEPIAD	52
Tableau 8 : Comparaison des âges chez les usagers ayant participé à l'enquête de satisfaction (N=48), juin 2015, CEPIAD.....	61
Tableau 9 : Analyse des services proposés au CEPIAD, août 2015, CEPIAD	63
Tableau 10 : Populations de consommateurs de drogues de Dakar (estimation UDSEN), du CEPIAD et de l'équipe de terrain, août 2015, CEPIAD	64
Tableau 11 : Couverture du Programme d'échange de seringues, mai 2014 à avril 2015, UDSEN	64
Tableau 12 : Répartition des âges chez les injecteurs touchés (N=48), mai 2014-avril 2015, UDSEN	65
Tableau 13 : Répartition des âges chez tous les usagers touchés (N=512) par l'équipe mobile, mai 2014-avril 2015, UDSEN	66
Tableau 14 : Quantité de seringues distribuées et récupérées, mai 2014 à avril 2015, UDSEN	66
Tableau 15 : Patients du programme méthadone (N=62), février à juillet 2015, CEPIAD	69
Tableau 16 : Dernière dose de méthadone (mg) depuis le dernier changement en nombre de jours, février-juillet 2015, CEPIAD	69
Tableau 17 : Analyse des activités de réduction des risques du CEPIAD, août 2015, CEPIAD	73

Liste des annexes

Annexe 1 : Flux de la cocaïne vers l'Afrique de l'Ouest, 2010	89
Annexe 2 : Déroulement du stage de master au CEPIAD, mars-août 2015, Sénégal	90
Annexe 3 : Calendrier des activités prévues et réalisées durant le stage de master au CEPIAD, mars-août 2015, Sénégal	91
Annexe 4 : Présentation résumée du protocole de recherche.....	92
Annexe 5 : Fiche de recueil de données dossier patient.....	93
Annexe 6 : Questionnaire de satisfaction patients	95
Annexe 7 : Grille d'indicateurs d'un centre médico-social dédié aux addictions	101
Annexe 8 : Grille d'indicateurs d'activités de réduction des risques	108
Annexe 9 : Avis du comité d'éthique	114
Annexe 10 : Résultats de sérologies avec problème dans le résultat donné.....	115
Annexe 11 : Facteur d'association entre statut infectieux (VIH (N=135), VHC (N=119)) et être injecteur, janvier à juin 2015, CEPIAD.....	115
Annexe 12 : Variables liées aux drogues des patients (N=180) du CEPIAD, janvier-juin 2015	116
Annexe 13 : Scores de satisfaction « MERCI », juin 2015, CEPIAD	118
Annexe 14 : Comparaison de la satisfaction selon le sexe et la prise de méthadone chez les usagers (N = 48) ayant participé à l'enquête de satisfaction, juin 2015, CEPIAD	119

Liste des abréviations et acronymes

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues (France)

CEPIAD : Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions à Dakar (Sénégal)

CHNU de Fann : Centre Hospitalier National Universitaire de Fann (Dakar, Sénégal)

CILD : Comité Interministériel de Lutte contre la Drogue (Sénégal)

CNLS : Conseil National de Lutte contre le Sida (France)

CRCF : Centre Régional de Recherche et de Formation (Sénégal)

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (France)

ESTHER : Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (France)

IEC : Information, Education et Communication ciblées

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales (France)

IRD : Institut de Recherche pour le développement

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU DC : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime

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

PES : Programme d'Echange de Seringues

RdR : Réduction des Risques liés à l'usage de drogue(s)

TSO : Traitement de substitution aux opiacés

UDSEN : Usagers de Drogues au Sénégal

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

Au Sénégal, le 1^{er} décembre 2014, le Pr. Awa Marie Coll Seck, ministre de la Santé, inaugurerait le Centre de Prise en Charge Intégrée des Addictions, le CEPIAD, dans l'hôpital national universitaire de Fann à Dakar. Cette ouverture est l'aboutissement d'un long processus de recherche opérationnelle. En 2011, une enquête menée par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) a estimé à 1324 le nombre de consommateurs de drogues injectables dans la région de Dakar. Dans cette population, les prévalences du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et d'hépatite C (VHC) sont estimées à dix fois la prévalence en population générale.

Pharmacien, acteur de référence en matière de santé publique, nous nous devons de soutenir les actions sanitaires au profit des populations marginalisées et stigmatisées par la société. Nous tenons à relater une expérience de santé publique innovante, où les consommateurs de drogues sont replacés dans leur dimension d'usagers de santé.

Avec ce premier centre public délivrant la méthadone en Afrique de l'Ouest, les consommateurs de drogues injectables disposent aujourd'hui d'un espace spécifique à leurs besoins. Après six mois d'ouverture, il convient de s'interroger sur les atouts et les faiblesses de ce centre. Grâce à une analyse descriptive, nous évaluerons le dispositif de prise en charge des consommateurs de drogues injectables au CEPIAD.

Pour ce, dans une première partie, nous présenterons la situation sanitaire relative à une population ciblée, vulnérable face au VIH/sida, que sont les consommateurs de drogues injectables. Cela nous mènera à évaluer les interventions de prise en charge desdits usagers. Nous décrirons ensuite les origines, l'organisation ainsi que les patients du Centre de Prise en Charge Intégrée des Addictions de Dakar, qui rappelons-le, est le premier en Afrique de l'Ouest à offrir un espace à ces usagers.

Dans une seconde partie, nous étudierons, par l'intermédiaire d'une enquête de terrain, le dispositif de prise en charge des consommateurs de drogues injectables au CEPIAD. Nous discuterons des atouts et faiblesses du CEPIAD au regard de la pertinence et de la cohérence des activités étudiées. Enfin, nous proposerons des recommandations aux équipes du CEPIAD. Ces dernières pourront aider le CEPIAD à soumettre des demandes de soutien et de nouveaux projets aux décideurs et aux bailleurs de fonds.

Première partie : Interventions de prise en charge des consommateurs de drogues injectables et démarche d'évaluation

Chapitre I. Contexte lié à la consommation de drogues

Section I. Contexte sanitaire relatif à l'usage de drogues

I. Contexte mondial

A l'échelle mondiale, les décès liés aux drogues - illicites - représentent environ 1 % de l'ensemble des décès (toutes causes confondues) des personnes âgées de 15 à 64 ans en 2012 (1). L'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), la Banque Mondiale et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ont estimé à 12,7 millions le nombre de personnes qui s'injectent des drogues¹ dont 13 % vivraient avec le VIH (1) en 2012 ; Mathers et al. estime ce nombre à 16 millions en 2007 (11-21 millions) (2) (Figure 1).

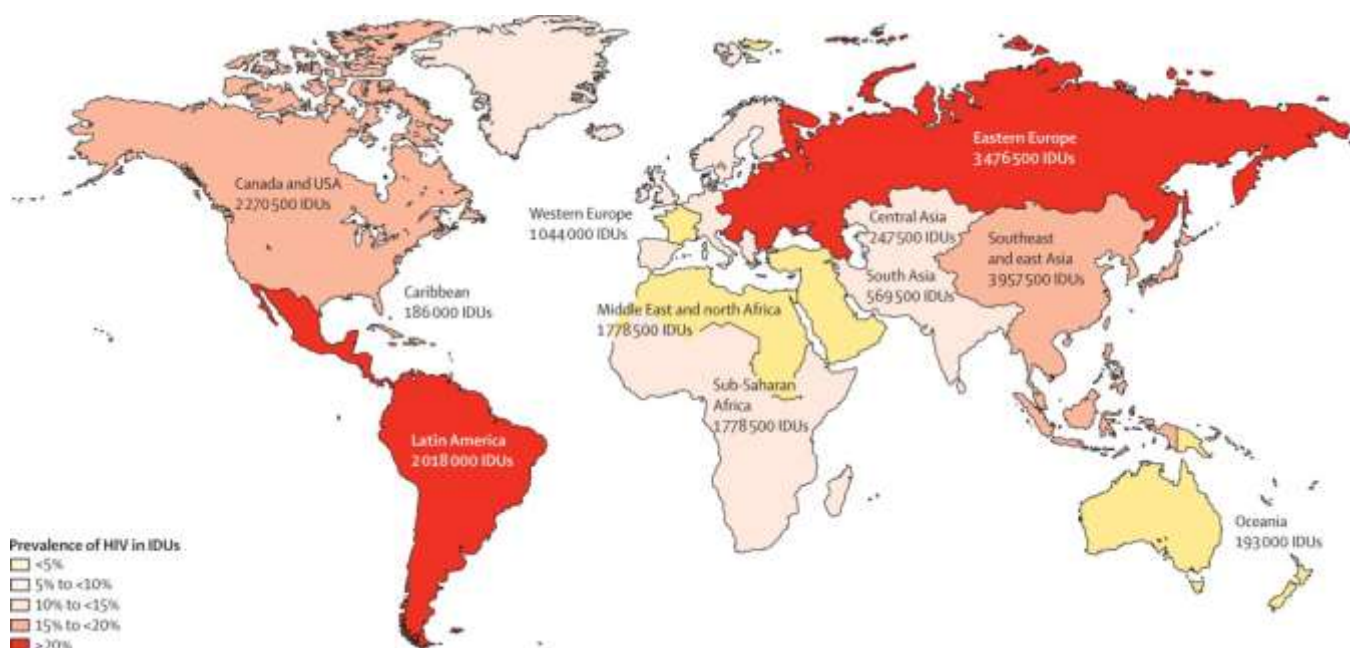


Figure 1 : Estimation du nombre d'usagers de drogues injectables et prévalence régionale de l'infection à VIH chez les personnes qui consomment des drogues injectables, 2007

Source : Louisa Degenhardt et al. *Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease, Lancet, 2010*

¹ Les drogues injectables (par voie sanguine) sont l'héroïne, la cocaïne, le crack, la morphine, la buprénorphine et la kétamine.

Par ailleurs, plus de la moitié des injecteurs vivaient avec l'hépatite C et plus de 6 % avec l'hépatite B (1)(3). En moyenne, une nouvelle infection à VIH sur dix est provoquée par l'injection de drogues. Seul un consommateur sur six a bénéficié d'un traitement de la toxicomanie au cours de l'année écoulée. L'Afrique compte 8 % des injecteurs mondiaux dont 123 000 vivaient avec le VIH d'après l'ONUSD en 2012 (1) et 221 000 d'après Nelson et al. en 2008 (4).

II. Contexte au Sénégal

L'Afrique de l'Ouest est devenue une zone de transit pour l'héroïne et la cocaïne (Annexe 1) à destination des pays consommateurs avec pour conséquences le développement d'un trafic et la consommation locale de ces drogues (5)(6). La situation particulière de la capitale Dakar quant au trafic d'héroïne et de cocaïne est signalée depuis 1990. Dakar, avec un statut international et une ouverture pour les pays sahéliens enclavés, peut être considérée comme la porte ouverte sur le monde occidental. Le phénomène d'usage de drogues a longtemps été considéré comme marginal, alors que la consommation a crû au cours des dernières années (7).

L'Evaluation Rapide de la Situation de la Drogue au Sénégal réalisée en 2004-2005 par le Comité Interministériel de Lutte contre la Drogue (CILD) (rapport non publié) avec l'appui de l'ONUSD confirmait la consommation de la cocaïne, du crack et de l'héroïne ainsi que le recours à l'injection dans plusieurs régions du pays. L'ONUSD dans son rapport technique (2008) confirme l'existence d'une consommation de drogues injectables, et estime entre 1000 et 10000 le nombre de consommateurs de drogues injectables au Sénégal (7) pour une population générale estimée à 13,5 millions d'habitants en 2013 (8).

III. Problème sanitaire

L'usage de drogues augmente globalement les risques de morbidité et de mortalité, et la dépendance² accroît la vulnérabilité des usagers face aux différents risques sanitaires (9) (infection, overdoses, santé mentale...), ou sociaux (précarité, stigmatisation...). Les épidémies virales actuelles (VIH, VHC, hépatite B (VHB)) ont particulièrement affecté les consommateurs de drogues, du fait de l'augmentation des transmissions de ces infections induites par les modes de consommations (10).

En 2012, Mathers a montré, dans une méta analyse³ portant sur la mortalité des consommateurs de drogues injectables⁴, que la surmortalité était accentuée dans les pays à

² La dépendance (ou par anglicisme, l'addiction) est l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et sa poursuite malgré la connaissance des conséquences négatives. Elle porte sur la consommation de substances psychoactives : alcool, tabac, drogues illicites, médicaments et peut s'étendre à des comportements addictifs : jeu, alimentation, etc.

³ La méta-analyse permet de synthétiser de façon systématique et quantifiée des résultats de différentes études répondant à une question scientifique donnée.

revenus faibles ou intermédiaires et que les décès étaient principalement dus aux overdoses, au sida et aux interruptions de traitements (2). Les morbidités attribuables aux consommations de drogues injectables résultent des conséquences des modes d'administration (infections) et des problèmes liés aux produits eux-mêmes (atteintes buccodentaires, comorbidité psychiatriques, surdoses, accidents cardiovasculaires). L'état de santé des consommateurs de drogues injectables est également affecté par les situations de précarité, les prises de risques et l'exposition à des traumatismes et agressions.

Section II. Réponse sanitaire

L'OMS, l'ONUSIDA, l'ONUSIDA collaborent pour proposer des stratégies d'accès à la fois à la prévention, aux traitements du VIH/sida et aux soins des consommateurs de drogues injectables⁵. Avec la société civile, ils plaident pour la mise en œuvre de ces interventions.

Les consommateurs de drogues injectables sont difficiles à atteindre par les interventions dites « classiques » de promotion de la santé. Toutefois, ils ont montré leurs capacités à changer leurs comportements de consommation des drogues. Des programmes spécifiques dits de « réduction des risques » leur sont destinés depuis les années 1990. Les programmes sont définis par rapport aux risques de transmission des infections virales et sont constitués d'un panier de neuf interventions (11). Les recommandations émises en 2011 par la Commission mondiale pour la politique des drogues contribuent à modifier le statut et l'image du consommateur, évoluant d'un criminel vers une personne nécessitant des soins (12).

L'OMS a défini un certain nombre de mesures (interventions) comme les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, le traitement de la dépendance (programmes de substitution aux opioïdes) et l'information ciblée pour les consommateurs de drogues injectables (13). Ainsi, le traitement de substitution aux opiacés (TSO) comme l'héroïne est l'une des meilleures manières de prévenir la transmission du VIH entre usagers de drogues par voie intraveineuse (14)(15).

Les équipes de terrain (ou équipes « outreach ») visent à communiquer avec les consommateurs de drogues au sein de leurs communautés, là où ils vivent, consomment de la drogue et se rassemblent. Ces équipes peuvent dès lors leur fournir des informations et des moyens (préservatifs, aiguilles, seringues, etc) pour réduire les risques d'infection par le VIH liés au partage de matériel de consommation et aux rapports sexuels non protégés. Ils peuvent également orienter les usagers vers un traitement de la dépendance, proposer la

⁴ Un consommateur de drogues injectables (CDI) est une personne qui consomme une drogue qui peut se consommer par voie injectable (héroïne, cocaïne, ...) ou par d'autres voies. Un CDI peut donc être un consommateur et ne pas « être un injecteur ».

⁵ La drogue peut être consommée de différentes manières, selon le produit : fumée, injectée (voie intraveineuse ou anale), inhalée (vapeur) ou sniffée (poudre), et ingérée (gobée, mâchée ou bue).

collecte de matériel d'injection usagé, gérer les premiers soins et proposer des tests de dépistage et des traitements des infections sexuellement transmissibles (16).

Section III. Usage de drogues en Afrique et au Sénégal

Dans le contexte africain, la consommation de drogues est peu quantifiée, notamment en Afrique de l'Ouest (5) (Figure 2). Il s'agit d'un sujet tabou, avec un contexte législatif et social de type répressif. Ainsi jusqu'en 2011, seuls cinq pays déclaraient la présence de consommateurs de drogues injectables sur leur territoire (Afrique du Sud, Kenya, Ile Maurice, Tanzanie, Sénégal) (5)(7). Les pays d'Afrique qui contribuent à la réduction des risques, par leurs politiques ou par leurs pratiques, sont rares et le Sénégal est le seul pour la sous-région (5)(17)(18).

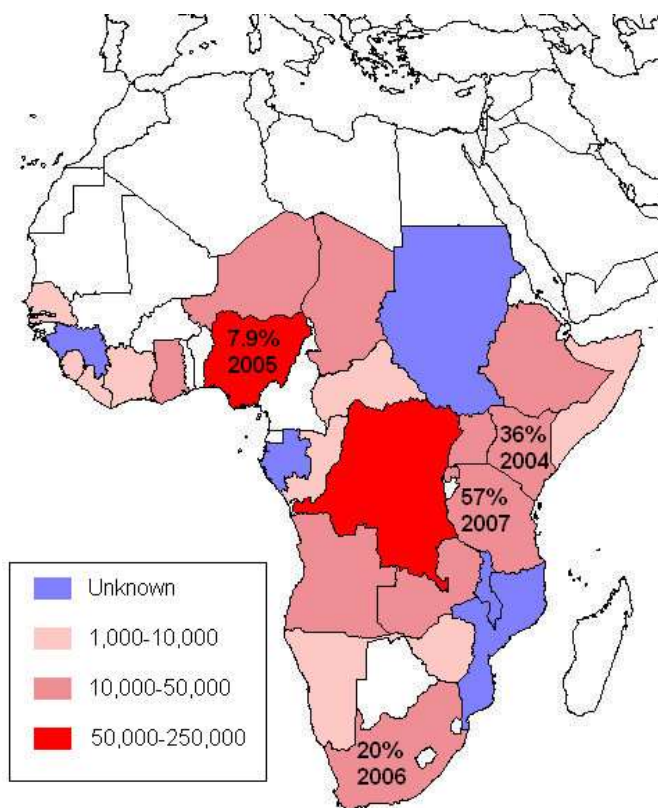


Figure 2 : La prévalence des usagers de drogues injectables (UDI) et la prévalence du VIH chez les UDI en Afrique subsaharienne

Source : S. R. Reid, *Injection drug use, unsafe medical injections, and HIV in Africa: a systematic review*, *Harm Reduct J*, 2009

Au Sénégal, les usagers passent sous silence leur consommation de drogues lors des recours aux soins non spécifiques et les données chiffrées sur la consommation et ses conséquences sanitaires font défaut. L'usage de drogues par voie intraveineuse est, dans ces conditions, perçu comme marginal au Sénégal.

Ainsi, jusqu'en 2010, contrairement aux travailleuses du sexe et aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les usagers de drogues n'apparaissent pas comme un groupe vulnérable dans le plan stratégique VIH/sida national malgré la demande des psychiatres et des ONG en contact avec des usagers de drogues (17).

Section IV. Recherches et actions de sensibilisation en matière d'usage de drogues au Sénégal

Une réflexion autour de la problématique de l'usage de drogues est menée depuis 2004 au Sénégal notamment par le CILD, le Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) ainsi que par divers professionnels de santé, chercheurs, acteurs de la société civile et partenaires au développement.

Cette réflexion s'est poursuivie en 2008 avec un projet de recherche formative et opérationnelle dénommée « UDSEN » ou Usagers de Drogues au Sénégal. Le projet UDSEN a pour but d'objectiver la vulnérabilité au VIH des usagers de drogue(s) injectable(s) au Sénégal et de promouvoir des réponses sanitaires pour ce groupe vulnérable.

Une étude de faisabilité de cette enquête, soutenue par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (étude ANRS 12208) et l'Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée (IMEA) (étude IMEA 0806) a été conduite en 2009 par les D^r Ba et Leprêtre. Elle a conclu à la faisabilité et la pertinence d'une telle démarche et a permis de co-construire la méthodologie de l'enquête avec l'ensemble des partenaires impliqués. Les partenaires étaient Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (ESTHER), le service des maladies infectieuses de Saint Antoine, l'ANRS et IMEA (7). Elle confirme la diffusion de l'usage de la cocaïne/crack et de l'héroïne ainsi que le recours à l'injection dans plusieurs régions du pays (Dakar, Thiès et Ziguinchor).

Cette nouvelle population est peu visible dans le système de soins : la consommation de drogues n'est pas déclarée par les patients. Les usagers n'avaient pas de structure spécialisée vers qui se tourner ; ils n'avaient comme seul recours les services de psychiatrie dans lesquels ils se rendent peu (17).

Des activités de sensibilisation auprès de la population générale sont dispensées par quelques organisations de la société civile, mais le Sénégal ne dispose pas de structure de traitement des addictions (7). Un important programme de formation sur l'usage des drogues et la réduction des risques infectieux en direction des institutions, des professionnels de santé et acteurs associatifs, était mis en place en 2010, par ESTHER et les responsables de l'étude. En complément de cette enquête, une étude de la taille de la population d'usagers d'héroïne et/ou de cocaïne/crack dans la région de Dakar a été initiée à la demande du CNLS (19).

Chapitre II. Prise en charge des consommateurs de drogues injectables au Sénégal en 2015

Section I. Problématique

En Afrique de l'Ouest, seul le Sénégal dispose d'un programme public de réduction des risques liés aux risques infectieux VIH et VHC (20). Fin 2010, le Plan Stratégique de Lutte contre le SIDA 2011-2015 du Sénégal a intégré les consommateurs de drogues injectables comme population vulnérable au VIH. Les mesures préconisées sont destinées à faire reculer les nouvelles infections par le VIH et l'hépatite C parmi les consommateurs de drogues injectables mais aussi à protéger leurs partenaires d'une possible épidémie jusqu'alors contenue.

En effet, au Sénégal, l'épidémie de VIH/sida est stable, faible et concentrée⁶ (21), avec une prévalence de 0,5 % en 2013 (22)⁷ dans la population générale et une prévalence de l'hépatite C de 2 % (23). Le Plan stratégique intègre notamment des interventions de prévention envers les consommateurs de drogues injectables (programme de distribution de seringues), ainsi que l'amélioration de l'environnement politico-juridique.

Jusqu'alors, seul le service de psychiatrie du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann (CHNU) à Dakar prenait en charge les patients en situation de manque, mais sans possibilité de prise en charge globale des addictions. A partir de mars 2011, un psychiatre addictologue assure une consultation au Centre Régional de Recherche et de Formation (CRCF) une fois par semaine (19).

Section II. Projet UDSEN 2011

L'étude UDSEN (ANRS 12243) en 2011 (24), a permis de disposer de connaissances précises concernant les consommateurs de drogues injectables de la région de Dakar. L'étude avait pour objectif de documenter les modes de consommation de drogues intraveineuses et les pratiques à risque associées, d'estimer les séroprévalences des infections par le VIH, VHB et VHC, ainsi que d'évaluer le nombre de consommateurs de drogues injectables dans la région de Dakar.

Un total de 506 personnes consommatrices de drogues injectables ont été interrogées, en wolof⁸. Le nombre de consommateurs de drogues injectables précaires de la région de

⁶ Epidémie concentrée dans les populations clés les plus exposées au Sénégal: les professionnelles du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les consommateurs de drogues injectables

⁷ Parmi la population des adultes de 15 à 49 ans ; et 0,7 % selon l'EDS-MICS.

⁸ Une des langues nationales du Sénégal, la plus répandue dans la région de Dakar.

Dakar a été estimé à 1324⁹. Le nombre de personnes qui s'injectent la drogue par voie veineuse est estimé à 183. Les résultats de cette enquête montrent que les infections sont fréquentes parmi les consommateurs de drogues injectables, avec des prévalences VIH, VHC et VHB estimées à 5,2 %, 23,3 % et 7,9 % respectivement. Les prévalences de VIH et de VHC sont ainsi multipliées par dix par rapport aux prévalences en population générale. Chez les consommateurs de drogues injectables utilisant la voie injectable, il est observé des prévalences respectives de 9,4 % et 38,9 % pour le VIH et le VHC contre respectivement 2,5 % et 18 % chez les non-injecteurs.

Section III. Origines du CEPIAD

I. Retombées des résultats UDSEN

« La recherche opérationnelle sur les consommateurs de drogues injectables a permis une estimation de la taille de la population des consommateurs à Dakar ainsi que l'obtention de données quantitatives et qualitatives fiables » (21). Ces données montrent la nécessité de la mise en place d'un dispositif de réduction des risques, de soins et de délivrance de méthadone ainsi qu'un appui psychosocial aux usagers de drogues.

Suite à la diffusion de ces résultats et aux partenaires associés, les consommateurs de drogues injectables sont alors reconnus comme population clé dans le VIH/sida au Sénégal. Un centre de référence pour les addictions permettant la délivrance de traitement de substitution aux opiacés devait alors être fonctionnel en 2014 au niveau du CHNU de Fann. Il s'agit d'un dispositif innovant entrant dans la mise en place du cadre stratégique national contre l'infection à VIH et autres comorbidités chez les consommateurs de drogues injectables 2012-2015. En parallèle, des activités de réduction de risques avec le programme d'échange de seringues et le renforcement des capacités des acteurs sanitaires et communautaires sur la prise en charge des consommateurs se poursuivent.

Les besoins de soins médicaux des consommateurs de drogues injectables ont été mis en exergue dans le cadre d'un mémoire en intervention en promotion de la santé en 2014 par le Dr. Monique Clouzeau. Son travail a révélé leurs besoins tels que les soins bucco-dentaires ou en santé mentale, pour l'accès aux soins (financiers, géographique) et des besoins tels que l'accompagnement dans le parcours de soins.

Ainsi, cet environnement (études ANRS, CRCF, CNLS, travaux de recherche) a favorisé la création du CEPIAD qui a ouvert le 1^{er} décembre 2014.

⁹ Pour une population estimée à 3,1 millions d'habitants (soit 23 % de la population générale du Sénégal) (8).

II. Objectifs

Le CEPIAD s'inscrit dans la mise en œuvre du plan stratégique de lutte contre le sida 2013-2017 du Sénégal ainsi que dans son adaptation au Nouveau Modèle de Financement du Fonds Mondial prenant en compte la période 2014-2017, qui vise notamment la réduction des nouvelles infections et l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH ainsi que des personnes les plus exposées au risque dont les consommateurs de drogues injectables.

L'objectif principal du CEPIAD est d'offrir une prise en charge ambulatoire globale aux personnes dépendantes de substances psycho-actives dans le respect des droits humains.

Ses objectifs spécifiques se déclinent comme suit :

- Assurer un accès à la prévention, aux soins, aux traitements et au soutien aux personnes présentant des addictions aux substances psycho-actives et en particulier aux consommateurs de drogues injectables
- Favoriser la réduction de la consommation de drogues
- Améliorer la situation sanitaire et sociale des consommateurs de drogues injectables accueillis
- Favoriser le traitement des affections somatiques ou psychiatriques co-morbides chez les consommateurs de drogues injectables accueillis
- Prévenir les risques de contaminations virales VIH et Hépatites
- Favoriser la réinsertion sociale familiale et professionnelle
- Assurer aux femmes un accès au traitement à parité avec les hommes
- Assurer des modules de formation en addictologie
- Assurer des activités de recherche permettant d'améliorer la prise en charge des personnes présentant des addictions.

Le CEPIAD a pour vocation d'offrir un paquet de services gratuits pour les consommateurs de drogues injectables, avec par exemple : des consultations externes, tests VIH et hépatites B et C, soins psychiatriques, activités de réinsertion socio-professionnelle, offre de seringues et de préservatifs, prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST) ou encore mise sous méthadone des patients éligibles et sélectionnés. Les consultations pour les autres substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis) sont payantes.

L'équipe de terrain constituée suite à l'enquête UDSEN de 2011 fait partie du dispositif mis en place au CEPIAD. Cette équipe doit notamment permettre un suivi en dehors de la structure.

III. Soutiens financiers et techniques

Le CEPIAD est une unité du service de psychiatrie du CHNU de Fann et est appuyé par le CRCF pour les activités de recherche et de formation (25). Les financements proviennent de partenaires comme ESTHER, la Mairie de Paris et Expertise France.

ESTHER et la Mairie de Paris appuient les activités de convivialité, la formation et le compagnonnage. Le Fonds Mondial soutient le CNLS à travers le financement d'une partie du programme et par une assistance technique dans le cadre de l'initiative 5 % (Expertise France), pour la période de mise en place du CEPIAD. Il prend en charge l'équipe de terrain et quelques indemnités pour les ressources humaines, l'achat de matériel de réduction des risques et de la méthadone et des aspects liés à la formation et au plaidoyer¹⁰, un soutien pour le fonctionnement du centre. Le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale au travers de l'hôpital prend en charge les ressources humaines et le fonctionnement courant du centre (maintenance, eau, électricité).

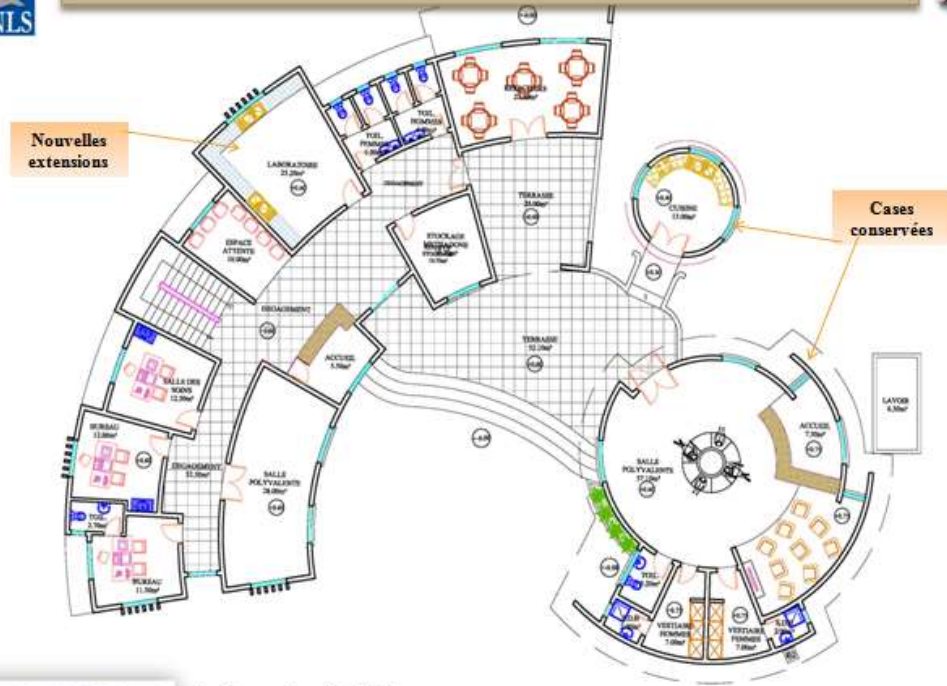
Section IV. Organisation du centre

I. Aménagement des locaux

Les locaux du CEPIAD sont aménagés en deux parties : le rez-de-chaussée et l'étage.

Le rez-de-chaussée (Figure 3) se répartit lui-même en un espace extérieur qui comprend une petite salle (ou case) permettant la préparation de repas communautaires, un espace aménageable (jardin, sport) et une salle polyvalente servant d'espace de convivialité (réunion, télévision, ordinateur, douches/toilettes). Le bâtiment central se compose d'un espace d'accueil et de distribution de matériel de réduction des risques, d'une salle de soins, de trois salles de consultation médicale, d'une salle de stockage, d'une salle réfectoire et d'une salle pour les entretiens avec l'équipe sociale.

¹⁰ Comme les activités de plaidoyer pour l'amélioration des interventions auprès des consommateurs de drogues injectables avec les services de psychiatrie, le Ministère de la justice, les collectivités locales, les religieux, les ONG agissant sur la question CDI et autres groupes vulnérables.



Architectes Associés DPLG
Papa Dame THIAW – Etienne DIENE

PROJET PLAN RDC

3

Figure 3 : Plan du rez-de-chaussée du CEPIAD

Source : CEPIAD, 2014

L'étage se constitue de deux salles communiquant entre elles pour la délivrance de méthadone et deux salles d'observation avec des lits, de quatre bureaux, d'une salle de réunion, d'une salle de documentation et d'une salle pour l'équipe de terrain.

Quelques photographies illustrent cet aménagement (Figure 4).



Entrée, vue de façade du bâtiment



Accueil



Affiches de prévention, accueil



Jardin potager



Salle polyvalente vu du jardin



Attente extérieure



Bureaux à l'étage

Figure 4 : Photographies des aménagements du CEPIAD

Source : Mélodie Lassmann et CEPIAD, 2015

Les règles de circulation dans le CEPIAD sont remises aux consommateurs. Seules les personnes bénéficiant d'un traitement par méthadone sont habilitées à se rendre à l'étage pour prendre leur traitement.

II. Espaces du centre

L'offre du CEPIAD se répartit en plusieurs espaces (Figure 5) : addictologique, médical, psychosocial ainsi que convivialité et réduction des risques. Pour avoir accès aux trois premiers espaces, il faut avoir ouvert un dossier médico-social au CEPIAD.

L'espace de convivialité est ouvert à tous les consommateurs, qu'ils aient ou pas ouvert un dossier médico-social.

La réduction des risques est un volet qui concerne autant l'équipe mobile qui se rend sur le terrain avec notamment le programme d'échange de seringues que les professionnels du CEPIAD avec notamment le programme méthadone et le dépistage VIH.

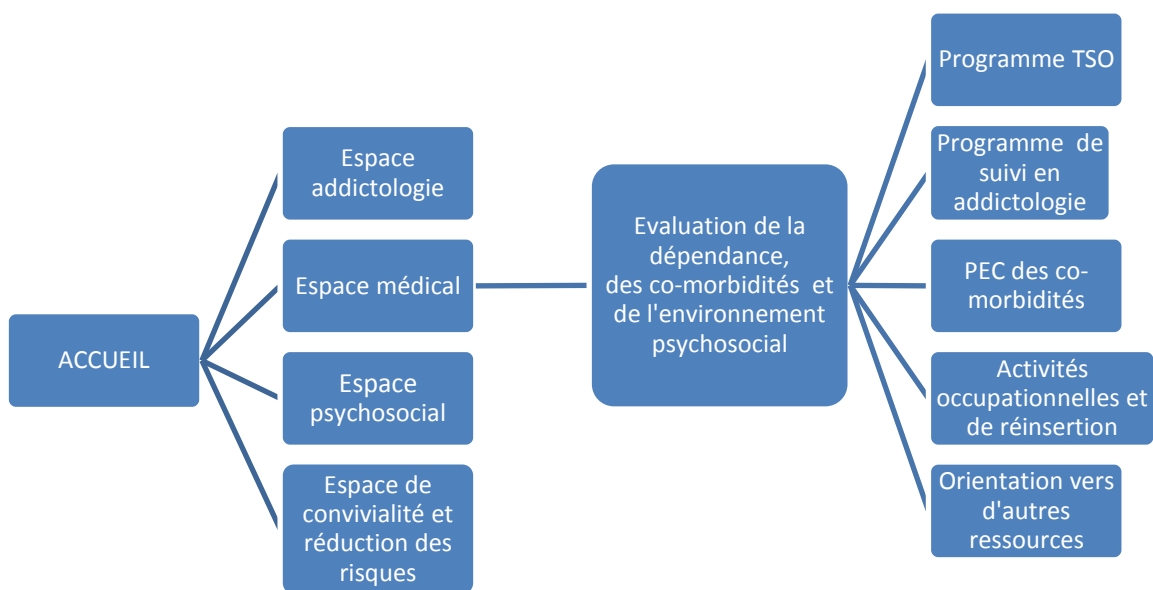


Figure 5 : Schéma de l'organisation du CEPIAD, 2014, CEPIAD

Source : CEPIAD, Document interne de présentation générale du Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions de Dakar, 2014

Accueil

L'accueil est un poste fondamental du dispositif du centre et la qualité de ce premier contact permet de renforcer la démarche personnelle de l'utilisateur et de créer les premières conditions favorables à l'établissement d'une alliance thérapeutique. Le rôle de l'accueillant est d'évaluer la demande de l'utilisateur, d'expliquer le fonctionnement du centre et d'orienter les usagers. Ainsi des qualités relationnelles, d'écoute, d'organisation et de discrétion sont nécessaires à ce poste qui peut idéalement être du ressort d'un éducateur spécialisé ou d'un animateur pair¹¹ relais.

¹¹ Personne de même situation sociale, de même titre, de même fonction. Dans le cadre de la réduction des risques, consommateur de drogues injectables actuel ou passé.

Espace addictologie

Sous la responsabilité de médecins ayant des compétences en addictologie, cette unité a pour objectif d'évaluer le degré d'addiction des usagers (produit consommé, rythme et mode de consommation, etc..) et les éventuelles co-morbidités psychiatriques, de promouvoir la réduction de comportements à risque pour la santé, d'informer sur les possibilités thérapeutiques et de rechercher une alliance thérapeutique avec le patient. Si l'utilisateur est éligible au programme de traitement de substitution aux opiacés après une discussion d'équipe, c'est au médecin addictologue que revient la décision et la responsabilité de prescrire la méthadone ainsi que de l'évaluation et du suivi des patients sous méthadone.

Espace médical

Cette unité a pour objectif d'évaluer l'état de santé global, de réduire les comportements à risque pour la santé, de dépister les pathologies somatiques fréquemment rencontrées chez les usagers (VIH, hépatite virale B et C, tuberculose, IST) et de traiter ou référer le patient pour traitement selon les pathologies diagnostiquées. En dehors du médecin consultant, un accès à une salle de soins dans laquelle des actes infirmiers pourront être effectués (pansements, abcès, petite chirurgie) est disponible.

Espace psychosocial

Le but de cette unité est dans un premier temps de déterminer les besoins psycho-sociaux des usagers et de construire un accompagnement psychosocial personnalisé se situant à différents niveaux selon les besoins des usagers et leur personnalité propre.

Au niveau identitaire, ce soutien vise à accroître la connaissance et l'estime de soi, à développer des connaissances et favoriser l'autonomie, la responsabilisation et la socialisation des usagers. En s'appuyant sur des interventions communautaires, cet accompagnement peut répondre à des besoins de première nécessité (nourriture, hygiène etc..) ou des besoins dans le cadre de formations, de recherche de travail, d'appui juridique dans le respect de la dignité et des droits humains des usagers.

En rapport avec l'espace de convivialité, des activités sociales, récréatives, artistiques ou autres (ou l'orientation vers d'autres ressources) permettent de travailler avec les usagers sur la création de liens sociaux (entre l'utilisateur et son entourage, entre l'utilisateur et les intervenants du centre, entre les usagers eux-mêmes etc..) faisant partie intégrante du traitement global de la prise en charge.

Ainsi, l'équipe psychosociale est composée d'assistants sociaux et autres travailleurs sociaux, de psychologue et de médiateurs pairs.

Espace de convivialité, réduction des risques

Cet espace de convivialité est un lieu de rencontre privilégié pour les usagers permettant à la fois des activités de réduction des risques (information, distribution de matériel stérile, de préservatifs) et des activités de première nécessité (accès à des douches, repas communautaires, etc.), sociales et occupationnelles (coin télévision, coin informatique, bibliothèque etc...). L'équipe de cet espace est composée essentiellement de travailleurs sociaux et de médiateurs pairs faisant essentiellement partie de l'équipe de terrain afin de faire le relai avec le travail de terrain.

III. Organigramme du centre

Afin d'impliquer et de mobiliser plusieurs acteurs et/ou services différents et de respecter la multisectorialité des activités et des partenaires devant intervenir au sein du CEPIAD, un comité de pilotage a été mis en place. Ce comité de pilotage est un organe d'orientation stratégique et de suivi de la mise en œuvre des activités du CEPIAD. Le coordinateur technique du CEPIAD assure la mise en œuvre et le suivi des activités validées par le comité de pilotage. Afin de faciliter la mission du coordinateur, un comité de gestion a été mis en place sous la direction du chef de service de psychiatrie comprenant les responsables des différents espaces de prise en charge du CEPIAD (Figure 6).

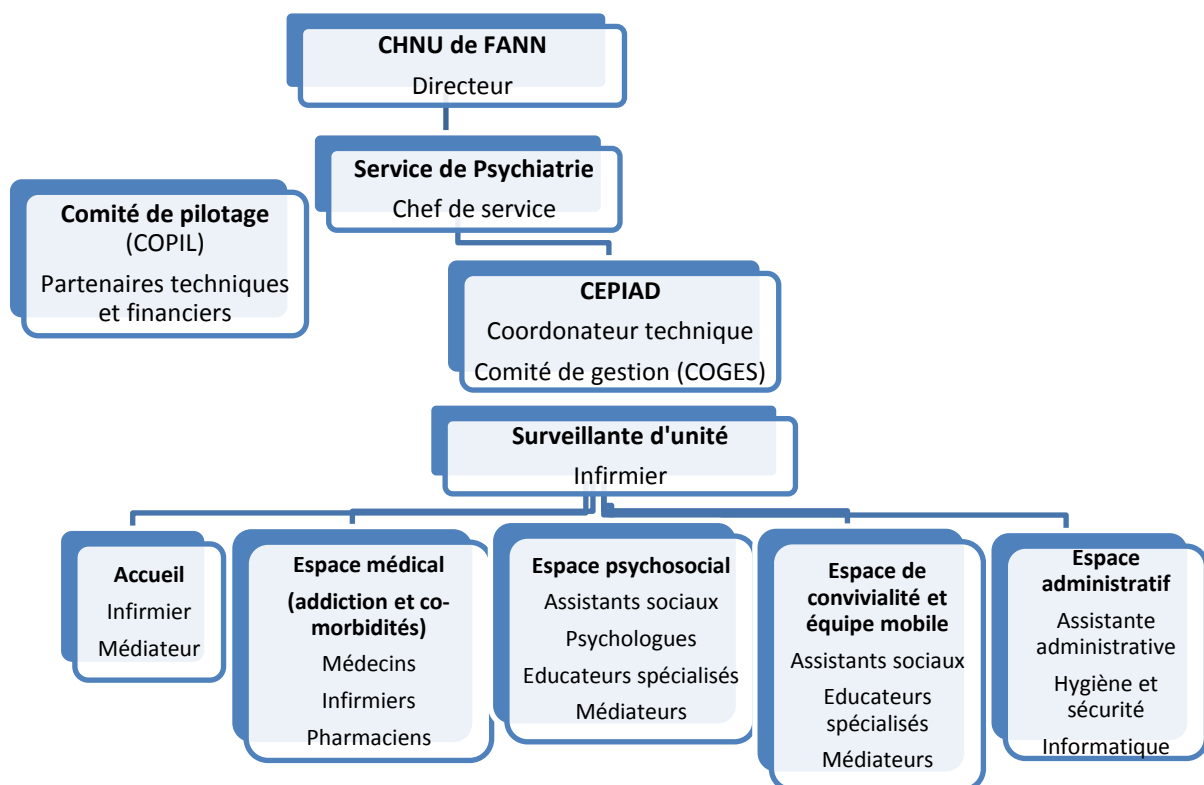


Figure 6 : Organigramme du CEPIAD, 2014, CEPIAD

Source : CEPIAD, Document interne du référentiel organisationnel des acteurs et services du CEPIAD, 2014

IV. Ressources humaines

Le personnel du CEPIAD est constitué d'une équipe pluridisciplinaire assurant la prise en charge au niveau du centre. Ce personnel est soit recruté ou détaché de d'autres services du CHNU ou hôpitaux pour exercer ses fonctions à temps plein ou sous forme de vacations. Le personnel bénéficie de formations initiales et continues assurées grâce au soutien du CRCF, du projet ESTHER, de l'ONU/DC/OMS et autres partenaires.

Par ailleurs, en dehors de cette équipe « fixe », une équipe de terrain, constituée d'une dizaine de personnes travailleurs sociaux et médiateurs pairs impliqués depuis la fin de l'enquête UDSEN de 2011 dans un travail de proximité de réduction des risques et d'accès aux soins envers les consommateurs de drogues injectables, fait le lien entre les consommateurs et le CEPIAD et d'autres structures de référence. En effet, ce système de référence et de contre-référence¹² s'inscrit dans le principe de la continuité de la prévention, des soins, et de la lutte contre la stigmatisation, parties intégrantes de la prise en charge globale des personnes.

Chaque équipe se réunit régulièrement, à raison d'une fois par semaine ou deux fois par mois. Le lien entre les deux équipes se fait en particulier grâce au coordinateur technique du CEPIAD et au coordinateur de l'équipe terrain.

Le personnel du CEPIAD est composé de :

- Médecin addictologue coordonateur : 1 temps plein
- Médecins addictologues : 1 temps plein et 3 vacataires (dont un tabacologue)
- Médecins somaticiens : 2 vacataires
- Pharmacien : 1 préparatrice en pharmacie temps plein (ou 1 pharmacien) et 2 assistants stagiaires
- Psychologue : 1 vacataire
- Infirmiers : 1 surveillante d'unité temps plein, 1 infirmier d'Etat temps plein et 1 aide infirmier temps plein
- Assistants sociaux : 1 temps plein et 1 stagiaire
- Secrétaire administrative : 1 temps plein
- Equipe de terrain : 8 à 10 personnes composée d'assistants sociaux, de médiateurs, d'éducateurs
- animateurs : 3 vacataires (expression artistique, micro-jardinage, informatique)
- Personnel d'hygiène et de sécurité : assuré par l'hôpital.

¹² Ensemble de dispositions prises pour permettre d'adresser un malade d'un échelon supérieur à un échelon inférieur afin d'assurer la suite de la prise en charge et le suivi post-hospitalier. Dans le cadre de la prise en charge globale et de la réduction des risques, cette contre-référence peut aller vers des organisations, associations ou personnes ressources.

Chaque personne travaillant au centre ou étant en stage est tenue de garder la confidentialité sur les informations partagées et de signer un engagement de confidentialité.

Section V. Patientèle et services

I. Population concernée

Toute personne ayant une addiction à une substance psycho-active peut se rendre au CEPIAD. Entre janvier et juin 2015 compris, le CEPIAD a ouvert 267 dossiers médico-sociaux. Les demandes principales de prise en charge les plus courantes sont pour l'héroïne (173, soit 65 %) et le cannabis (45). Ensuite, d'autres substances font office de demande principale de prise en charge, à savoir l'alcool (23), le crack (7), le tabac (5) et diverses associations (2). Enfin, 12 usagers n'avaient pas encore vu un addictologue et fait de test urinaire pour avérer la substance principale de demande de prise en charge.

Les femmes sont très minoritaires, avec 17 ouvertures (6 %), contre 250 chez les hommes. Les femmes viennent autant pour l'héroïne, le crack ou le cannabis, alors que les hommes viennent en grande majorité pour l'héroïne.

II. Circuit de l'utilisateur

L'accueil et l'orientation des personnes se présentant au CEPIAD se fait au rez-de-chaussée, au niveau du comptoir. Sous la responsabilité de la surveillante d'unité, deux personnes sont en charge de cette fonction. L'un est un animateur ayant une bonne expérience en addictologie et dans le travail avec la population de consommateurs de drogues injectables. L'autre est un personnel soignant : aide-soignant ou infirmier pouvant évaluer les conditions médicales des personnes se présentant et orienter les urgences.

En dehors des urgences, les consultations du CEPIAD se font sur rendez-vous, toutes les personnes se présentant au CEPIAD doivent être enregistrées et doivent avoir un dossier médical ouvert pour bénéficier des services du centre. Les accueillants sont chargés lors de leur arrivée de la mise en place des documents d'information au niveau du comptoir (livret d'accueil, règles de fonctionnement, livret méthadone) ainsi que de sortir les dossiers médicaux des personnes ayant un rendez-vous ce jour-là.

En pratique, les consultations addictologiques et les entretiens avec l'assistant social se tiennent du lundi au vendredi de 09h à 17h, les consultations médicales et les entretiens psychologiques se tiennent deux fois par semaine, la délivrance de la méthadone se fait chaque jour de la semaine. Un espace-temps est réservé aux consultations avec les jeunes consommateurs, chaque jeudi après-midi. Les activités de convivialité et d'autonomisation se déroulent du lundi au vendredi durant la matinée (Figure 7).



Préparation du matériel de réduction des risques avec l'équipe de terrain



Prise en charge médicale



Eva pour l'accueil, Mélodie, stagiaire, Sougou, assistant social



Créations des patients au sein de l'atelier d'expression artistique



Activité de micro-jardinage au CEPIAD



Cours d'informatique par pair



Dispensation de méthadone



Pompe de distribution de méthadone

Figure 7 : Photographies des activités du CEPIAD

Source : Mélodie Lassmann et CEPIAD, 2015

III. Programme méthadone

Plusieurs interventions sont pensées pour les usagers. Les services assurés par le CEPIAD entrent dans le cadre de la réduction des risques et de la prise en charge globale des consommateurs de drogues injectables. Une des interventions phare du CEPIAD est le programme méthadone.

Le traitement par la méthadone a comme objectif la diminution de la consommation d'opiacés mais également la réduction et l'abandon des conduites à risques infectieux associées, la réinsertion sociale, et l'amélioration de la qualité de vie des consommateurs de drogues injectables. Si l'impact de la méthadone sur la réduction du risque de transmission du VIH est aujourd'hui admis, peu d'études ont pu montrer l'impact de la méthadone sur les risques de transmission du virus de l'hépatite B ou C. Les traitements de substitution peuvent jouer un rôle prépondérant dans la lutte contre l'épidémie à VIH et à VHC s'ils sont associés à d'autres outils de réduction des risques.

Les éléments pris en compte pour faire le choix du produit, sont l'expérience internationale et le contexte local (coût, structures de soins, prévalence et foyers). Le consensus a porté sur la méthadone en première intention. Il a été tenu en compte des desideratas des professionnels et partenaires tout en tenant compte de la situation du pays, avec la finalité de construire un programme faisable et prudent tout en laissant la porte ouverte à des évolutions dans le futur (emport à domicile).

En pratique, une fois par semaine un comité d'inclusion méthadone, tenu par l'équipe médico-sociale et un membre de l'équipe de terrain, se réunit pour aborder le cas des patients volontaires, éligibles au programme méthadone. Un maximum de trois patients par semaine sont retenus pour être pris dans le programme la semaine suivante. Les critères d'éligibilité sont notamment la dépendance sévère aux opiacés, la proximité du lieu de résidence avec le CEPIAD et l'absence de contre-indication. En effet actuellement, l'emport de méthadone à domicile n'est pas effectif : les patients doivent venir chaque jour au CEPIAD pour prendre leur traitement. Un statut VIH positif, une comorbidité psychiatrique, une situation sociale complexe et le sexe féminin sont des critères et situations complémentaires à prendre en compte. L'ordre de passage en comité d'inclusion est établi par rapport à la date d'ouverture du dossier patient.

IV. Programme d'échange de seringues

Que ce soit dans le CEPIAD ou lors des sorties de l'équipe mobile, des matériels de prévention sont fournis aux usagers. Il s'agit principalement des matériels de prévention des contaminations lors des injections intraveineuses de drogues et des rapports sexuels, accompagnés de supports informatifs. Mettre à la disposition des usagers, gratuitement, du

matériel d'injection stérile et du matériel servant à la préparation de l'injection rentre dans le cadre du programme d'échange de seringues (PES). Ce programme est antérieur à l'ouverture du CEPIAD, et c'est par ce principal biais que le CEPIAD se fait connaître au sein des usagers.

Plusieurs études internationales récentes ont porté sur l'évaluation de ces programmes. Les évaluations ont mesuré l'évolution de différents indicateurs de résultats et d'impact. Ces indicateurs représentent la cascade d'effets potentiels des programmes (effets directs de l'intervention mesurés par les changements de comportements des usagers des PES) et sur le long terme (effets sur l'incidence du VIH et du VHC chez les usagers des PES).

Concernant les comportements à risque (partage de matériel d'injection et fréquence d'injection), toutes les études concluent que la participation à un PES réduit les comportements à risque liés à l'injection, particulièrement le partage auto-rapporté de matériel mais également la réutilisation de matériel et améliore l'élimination sans risque de matériel usagé. Certaines études font état d'une baisse de la fréquence de l'injection et d'une augmentation de l'usage de matériel stérile à usage unique.

L'accès au matériel d'injection au CEPIAD et dans le cadre des interventions de terrain doit permettre d'atteindre les résultats escomptés des PES. Par ailleurs, l'orientation vers les services de santé et les services sociaux, et le recours des usagers des PES à d'autres services doivent être améliorés.

Chapitre III. Principes et méthodes d'évaluation des centres de prise en charge

Le CEPIAD est une structure de santé récente, ouverte depuis sept mois en juin 2015. Il était donc nécessaire de l'évaluer et de déterminer ses forces et ses faiblesses afin de proposer des recommandations pour optimiser son fonctionnement. L'hypothèse principale de la recherche est que le CEPIAD répond à un besoin de santé publique des consommateurs de drogues injectables de Dakar.

Pour conduire cette évaluation, nous utiliserons des méthodes et outils adaptés à l'évaluation des interventions de santé publique, présentés dans ce chapitre.

Section I. Evaluation des interventions de santé publique

Évaluer, c'est se référer à des disciplines variées et à des méthodologies diverses (26). Dans le champ de la santé publique, l'évaluation fait appel notamment à l'épidémiologie, aux sciences humaines ou aux sciences économiques. Les économistes sont les premiers à

avoir évalué les programmes publics, en appréciant les avantages et les coûts de ces programmes (27).

D'après Contandriopoulos et al., 2000 (27), « l'évaluation consiste à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes de façon à ce que les différents acteurs concernés puissent, en fonction de leur jugement, prendre position sur l'intervention et construire un jugement qui puisse se traduire en actions ».

Contandriopoulos distingue deux types d'évaluation, soit l'évaluation normative et la recherche évaluative. L'évaluation normative se fonde sur des normes prédéfinies. La recherche évaluative se construit à partir d'une démarche scientifique qui vise à mieux comprendre les liens de causalité entre différentes composantes d'une intervention.

« Comme la recherche, l'évaluation est une activité utile pour établir des politiques, mais jamais suffisante. Pour accroître les chances que les résultats d'une évaluation soient utiles, il est important de bien réaliser que l'évaluation est un dispositif de production et d'information et, par conséquent, qu'elle est source de pouvoir pour les acteurs qui la contrôlent » (27). Les données d'évaluation servent en outre à mesurer l'impact des politiques mises en œuvre et leur évolution.

Section II. Evaluation des interventions au profit des consommateurs de drogues

En France, une évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées par les institutions dans le domaine médico-social (qui inclut l'addictologie) est exigée tous les 5 ans (28) ; elle peut se faire en plusieurs temps. L'évaluation menée en France a guidé le choix des outils de cette étude. Le CEPIAD peut être comparé à la politique des Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD).

Chaque CSAPA assure la prise en charge et la réduction des risques soit pour toutes les addictions, de façon plus spécialisée pour l'alcool, ou pour les drogues illicites. Les CSAPA ont pour missions : l'accueil ; l'information ; l'évaluation et la prise en charge médicale, psychologique et sociale ; l'orientation ; la mise en œuvre de mesures de réduction des risques à destination du public pris en charge.

Les missions des CAARUD sont l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues, le soutien aux usagers dans l'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle, la mise à disposition de

matériel de prévention des infections (en particulier celles liées à l'utilisation commune du matériel d'injection), l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers et le développement d'actions de médiation sociale.

Ainsi les outils disponibles pour l'évaluation de ces deux types de structures ont été utilisés dans notre étude. De plus, nous nous sommes appuyée sur un référentiel de la Haute Autorité de santé en France et l'OMS au niveau international.

Section III. Evaluation des services proposés

L'évaluation peut se faire par l'utilisateur de santé lui-même (satisfaction), par un professionnel de santé impliqué (auto-évaluation) ou par tiers extérieur au centre (pair, prestataire ou organisme ; évaluation externe).

I. Satisfaction

Les consommateurs en tant que patients sont amenés à donner leurs avis. La satisfaction des patients par rapport à leur prise en charge est le jugement que les patients portent sur la qualité de leur prise en charge. Elle est maintenant reconnue comme essentielle et obligatoire (en France) dans l'appréciation de la qualité de leur prise en charge (29). Par définition, la satisfaction est l'acte par lequel il est accordé à quelqu'un ce qu'il demande, ou encore, le sentiment de bien-être qui résulte de cette action. La mesure de l'indicateur de satisfaction permet de rendre le patient co-acteur de sa prise en charge, en lui donnant la parole sur son ressenti. Elle peut également servir aux établissements de santé pour mettre en œuvre des actions d'amélioration au plus près des attentes des patients.

En 2007, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en France publiait un rapport sur la mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé (29). Ce rapport précise que « la mesure de la satisfaction des usagers s'inscrit dans le contexte global de montée de la place de l'utilisateur dans l'organisation du système de santé, [...] la montée en puissance des associations d'utilisateurs et la place croissante des démarches qualité, où le service rendu au client et donc son appréciation tiennent une place centrale. [...] Il faut noter cependant les spécificités du secteur du soin [...] qui rendent complexes les liens entre satisfaction et qualité. »

En 2011, la direction générale de l'offre de soins présente un nouvel indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés (30), I-SATIS. Expérimenté de 2011 à 2013 et généralisé à tout établissement en 2014, le dispositif national de mesure de la satisfaction est confié à la Haute Autorité de Santé depuis le 1^{er} janvier 2015. Le dispositif permet de recueillir, établissement par établissement, l'appréciation des patients sur la qualité des différentes composantes humaines, techniques et logistiques de leur prise en charge.

Dans le champ spécifique des consommateurs de drogues, l'Association Française pour la Réduction des risques propose un questionnaire pour les CAARUD (31).

II. Auto évaluation

Le référentiel d'auto évaluation Secteur médico-social en addictologie de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie et de la Fédération des Acteurs de l'Alcoolologie et de l'Addictologie en France (32), permet d'évaluer en France les CSAPA et les CAARUD.

Nous avons suivi les conseils de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie en France qui explique que : « chaque adhérent pourra l'utiliser et l'adapter en fonction des particularités locales, de son projet associatif et d'établissement, de ses priorités. [...] Cet outil a été pensé comme une aide pour les établissements et services, et non comme un modèle à respecter dans son intégralité. Chaque établissement peut donc « piocher » parmi ces 12 domaines de référence ceux qui correspondent le mieux à ses missions et ses priorités. Et à l'intérieur des domaines, les références et critères sont eux-mêmes personnalisables, modulables... [...] « Piocher » dans ce référentiel ne signifie toutefois pas de « botter en touche » dès qu'une référence ou un critère nous pose problème mais bien de s'interroger sur pourquoi ils nous interrogent » (33).

Chaque investigateur peut choisir d'explorer un domaine plutôt qu'un autre, tant qu'au bout de cinq ans, les 15 thèmes proposés ont été évalués. Les thèmes peuvent être réévalués régulièrement, ce qui permet de mesurer l'amélioration ou la détérioration du fonctionnement.

III. Evaluation externe

L'initiative d'une évaluation externe permet de valider les acquis de la démarche qualité, de confronter les résultats de l'évaluation interne et de conserver une dynamique de démarche qualité (34). Elle peut se baser sur les référentiels de l'évaluation interne. Les modalités de cette évaluation comprennent notamment une visite d'établissement, la consultation de documents mis à disposition et des entretiens avec les professionnels, les usagers, les instances voire les partenaires de la structure.

Section IV. Evaluation des activités de réduction des risques

Un guide de l'OMS fixe des objectifs à destination des pays pour l'accès universel aux services de prévention, de traitement et de soins pour les consommateurs de drogues injectables (11). Ce guide technique fournit des conseils aux pays pour la poursuite des efforts afin de prévenir et traiter l'infection par le VIH chez les personnes qui consomment des drogues injectables. Le guide consacre un chapitre aux références d'évaluation des interventions de réduction des risques.

L'évaluation portera sur les diverses stratégies développées par la politique de réduction des risques, à savoir :

- Programme d'échange de seringues
- Traitement de substitution aux opiacés et autres traitements de la dépendance
- Dépistage du VIH et conseil
- Traitement antirétroviral
- Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles
- Programmes de distribution de préservatifs aux consommateurs de drogues injectables et à leurs partenaires
- Information, éducation, et communication ciblées pour les injecteurs /consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels
- Prévention, vaccination, diagnostic et traitements des hépatites virales
- Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose.

Elle portera aussi sur les modes d'administration de ces stratégies. En effet, cette politique a pour objectif de favoriser l'accès, à des populations éloignées, à des structures de soins par la mise en place de dispositifs allant à la rencontre des individus.

L'évaluation veillera à ce que la politique de réduction des risques prenne en compte les changements des pratiques (produits et modalités de consommation), des profils des consommateurs ainsi que des contextes de consommation (9).

En France, une organisation non gouvernementale est reconnue pour ses actions en termes de réductions des risques. Médecins du Monde a prôné quatre autres interventions en termes de réduction des risques : les interventions en santé mentale, la réintégration socio-économique, la prévention et gestion des overdoses et la défense des droits humains, lutte contre la criminalité et prévention des violences (Figure 8). Elles peuvent être évaluées avec des indicateurs d'un centre médico-social dédié aux addictions.



Figure 8 : Cadre d'interventions en réduction des risques proposé par Médecins du Monde

Source : Collectif Urgence Toxida, 2015

Après avoir identifié le contexte, notamment sanitaire, des consommateurs de drogues injectables au Sénégal et décrit des référentiels et des méthodes d'évaluation, nous allons à présent fournir la description et l'analyse d'un projet dit innovant et pilote dans la réduction des risques. Pour ce faire, nous allons évaluer le fonctionnement et les missions du CEPIAD au travers de son dispositif de prise en charge des consommateurs de drogues injectables.

Deuxième partie : Etude du dispositif de prise en charge des consommateurs de drogues injectables au CEPIAD

Chapitre I. Contexte et objectifs de l'étude

Section I. Commanditaires

Ce projet d'étude est né dans le cadre du master de 2^e année en santé publique internationale. Nous avons suivi cette formation durant l'année 2014-2015 suite à notre 6^e année en pharmacie. L'opportunité d'un stage de master au Sénégal avec l'Institut de Recherche pour le développement (IRD) s'est présentée en novembre 2014. Ainsi, le Pr. Alice Deslcaux, directrice de recherche à l'IRD, basée au CRCF dans l'hôpital de Fann, est devenue notre directrice de stage de master.

Alice nous expliquait alors que le « CRCF a accompagné l'ouverture d'un centre d'addictologie dans la suite d'un programme de réduction des risques VIH-VHC chez des usagers de drogues à Dakar ». Le projet de recherche autour du CEPIAD s'est affiné au cours des mois. Très vite, nous avons été en contact avec le Dr. Maryvonne Maynard qui en mission d'appui au lancement du CEPIAD. Elle a été ainsi notre référente CEPIAD. De même, le coordinateur du CEPIAD, Dr. Idrissa Ba, était impliqué dans projet de stage.

Tous les trois ont participé à l'enquête UDSEN en 2011.

Section II. Objectifs

I. Objectif principal

La principale question de recherche à laquelle l'étude aura pour tâche de répondre est : comment le CEPIAD participe-t-il à la prise en charge des consommateurs de drogues injectables à Dakar en 2015 ?

L'objectif principal de la recherche est d'évaluer les six premiers mois d'activités du dispositif de prise en charge des consommateurs de drogues injectables au CEPIAD en 2015 au Sénégal.

II. Objectifs spécifiques

Il conviendra de préciser :

- Si les objectifs fixés par le CEPIAD correspondent aux besoins des consommateurs de drogues injectables ayant recours au CEPIAD
- Si les services que le CEPIAD propose aux usagers sont de qualité et sont acceptés par les patients.

- En quoi le CEPIAD répond aux objectifs de réduction des risques envers les consommateurs de drogues injectables.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont alors de :

- 1/ Examiner la pertinence du dispositif de prise en charge du CEPIAD pour les consommateurs de drogues injectables ayant ouvert un dossier patient
- 2/ Evaluer la cohérence et l'acceptabilité de la prise en charge intégrée proposée au travers des services offerts au CEPIAD
- 3/ Evaluer les activités de réduction des risques proposées par le CEPIAD, notamment en termes de qualité et de couverture par rapport aux références OMS.

Autrement dit, nous cherchons à savoir si le CEPIAD est adapté localement et accepté par les usagers de drogues. Il s'agit de déterminer si le CEPIAD répond aux critères de faisabilité et de durabilité et de préciser l'intégration du CEPIAD au sein du programme national de réduction des risques liés à l'usage de drogue(s) (RdR) incluant les activités de la société civile.

III. Enjeux

En fonction des résultats de l'étude, des adaptations, modifications et recommandations devaient être proposées à la structure. Les résultats d'enquête devraient contribuer à discuter la reproductibilité de l'expérience dans d'autres régions du Sénégal ou d'autres pays d'Afrique de l'Ouest.

Chapitre II. Méthodes

Cette étude a été réalisée lors d'un stage de master 2^e année en santé publique internationale. Le déroulement (Annexe 2) et le calendrier (Annexe 3) des activités prévues et réalisées est disponible en annexe.

Section I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale¹³ descriptive et analytique basée sur des méthodes quantitatives et qualitatives. Elle relève du domaine de l'évaluation des systèmes de santé. Elle a été menée au centre dédié à la prise en charge intégrée des addictions à Dakar au Sénégal, le CEPIAD, du 30 mars au 26 août 2015. Le protocole de cette étude est résumé sous forme d'un tableau (Annexe 4).

¹³ L'enquête transversale étudie à un moment donné le système auquel on s'intéresse et donne une image instantanée d'une situation.

Section II. Inclusion des données

Les données du CEPIAD sont incluses pour la période des sept premiers mois de fonctionnement, de décembre 2014 à juin 2015 et jusqu'à juillet compris pour les doses de méthadone. Le recueil des données porte à la fois sur la mise en place du Centre qui a été inauguré le 01^{er} décembre 2014 et sur le démarrage des activités médico-sociales avec l'ouverture du premier dossier patient le 27 janvier 2015 et du programme TSO le 03 février 2015. Pour les données de l'équipe de terrain (réduction des risques), dont les activités sont antérieures à l'ouverture du CEPIAD, nous avons choisi une période d'une année, du 01^{er} mai 2014 au 30 avril 2015.

Section III. Recherche évaluative et évaluation normative

Pour notre étude, nous nous appuyons sur la recherche évaluative (élaboration à partir d'une démarche scientifique) et nous précisons nos données pour répondre à l'objectif spécifique 3 avec une évaluation normative (comparaison entre observations et normes) (27).

Dans le cadre de la recherche évaluative, les performances de l'intervention (la prise en charge des consommateurs de drogues injectables au CEPIAD) peuvent être mesurées en terme de :

- Pertinence : adéquation du lien entre les objectifs de l'intervention et la nature du problème qu'elle est censée résoudre ou prendre en charge.
- Cohérence : adéquation entre les objectifs de l'intervention et les moyens mis en œuvre pour les atteindre.

Considérant que les usagers patients sont aussi acteurs de ce système, nous avons donné la parole aux usagers. Ainsi, nous pouvons évaluer leur satisfaction quant aux services offerts.

Dans le cadre de l'évaluation normative, les composantes de l'intervention peuvent être évaluées au travers des biens et des services produits (27). Les normes se fondent sur cinq critères¹⁴ (26) ; nous en avons choisi deux, à savoir la qualité (l'intervention est-elle bien faite ?) et la couverture (la population est-elle touchée par différents aspects de la réduction des risques ?).

La cohérence a été évaluée au travers d'indicateurs, à savoir l'accessibilité, la qualité, l'acceptabilité, la faisabilité et la durabilité et la pertinence au travers des données disponibles et non renseignées des dossiers patients.

¹⁴ Critères : l'écart dans la mise en œuvre, la couverture, la qualité, les coûts, l'atteinte des objectifs.

Section IV. Population d'étude

La population source de notre étude regroupe tous les consommateurs de drogues injectables de Dakar. La population cible concerne tous les consommateurs qui sont concernés par le CEPIAD. Ces personnes sont toutes majeures. La population cible peut être découpée en trois catégories :

- Les consommateurs de drogues injectables ayant ouvert un dossier socio-médical, soit 180 personnes, des patients, du 27 janvier au 30 juin 2015 inclus.
- Les consommateurs de drogues injectables venant aux activités de convivialité, soit 91 personnes, du 18 février au 30 juin 2015 inclus.
- Les consommateurs de drogues injectables approchés par l'équipe de terrain lors de leurs sorties, soit 512 personnes, du 01^{er} mai 2014 au 30 avril 2015 inclus.

Au CEPIAD, les consommateurs de drogues injectables sont les personnes ayant fait une demande de prise en charge principale pour l'héroïne, la cocaïne ou le crack en consultation addictologique. Les patients ont été également inclus si leur test urinaire d'ouverture de dossier était positif à l'une de ces drogues, une dizaine de patients n'ont pas été inclus car leur dossier ne disposait d'aucune source pour confirmer la demande de prise en charge. De plus, un patient décédé, connu comme consommateur de crack mais n'ayant ni pu voir l'addictologue ni effectuer de test urinaire, n'a pas été pris en compte dans l'étude. Toutes les personnes approchées par l'équipe mobile ont été considérées comme consommatrices de drogues injectables. Les consommateurs non patients participant aux activités de convivialité ont été identifiés avec le répertoire de noms et d'identifiants de l'équipe mobile.

Les consommateurs peuvent être dans une, deux voire dans les trois catégories définies (Figure 9).

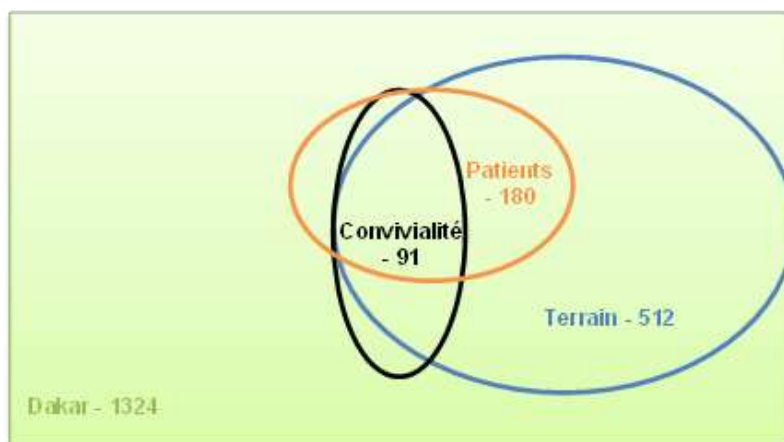


Figure 9 : Populations et catégories de consommateurs de drogues injectables, 2014-2015, CEPIAD

Source : Mélodie Lassmann, données du CEPIAD, 2015

Par exemple, un consommateur peut avoir été approché plusieurs fois par l'équipe de terrain en 2014, venir au CEPIAD pour ouvrir un dossier socio-médical, participer aux activités de convivialité, et continuer à être approché par l'équipe de terrain en 2015 ; il sera alors compris dans tous les cercles. A l'inverse, il peut y avoir une personne participant aux activités de convivialité sans être connue de l'équipe de terrain et n'ayant pas ouvert de dossier socio-médical ; elle sera seulement cerclée de noir.

Suivant les données de l'étude, nous distinguons les injecteurs, des consommateurs (tous modes de consommation confondus, y compris l'injection).

Concernant les 180 patients, une partie d'entre eux (62 depuis le 02 février 2015, dont 57 actifs au 31 juillet 2015), sont sous traitement de substitution aux opiacés par la méthadone ; ils doivent venir chaque jour au CEPIAD pour prendre leur traitement. Quatre patients font partie des membres de l'équipe de terrain ; ils sont à la fois patients et intervenants du CEPIAD.

Section V. Techniques d'investigation et méthodes de recherche

Pour examiner la pertinence du dispositif de prise en charge du CEPIAD pour les consommateurs de drogues injectables ayant ouvert un dossier patient (objectif spécifique 1), nous avons décrit les profils sociaux, sanitaires et liés aux drogues au regard des objectifs spécifiques que le CEPIAD s'est fixé. Pour cela, nous avons appliqué la lecture de dossiers médico-sociaux, en utilisant les données des fiches médico-sociales. Un travail préalable d'informatisation des données a été nécessaire. Il s'agit d'une méthode de recherche quantitative.

Pour évaluer la cohérence et l'acceptabilité de la prise en charge proposée au travers des services offerts au CEPIAD, tant au niveau médico-social, qu'au niveau d'activités de convivialité et d'autonomisation (objectif spécifique 2), nous avons effectué une mesure de la satisfaction des patients et des services par rapport aux critères utilisés pour l'évaluation des centres en France. En effet, il n'y a pas de critères différents au niveau du Sénégal ou proposés par l'ONUSD. Il s'agit d'une méthode mixte, à la fois qualitative et quantitative.

Pour évaluer la qualité et la couverture des activités de réduction des risques menées au CEPIAD à destination des consommateurs de drogues injectables (objectif spécifique 3), nous avons comparé les activités observées sur le terrain aux normes OMS. Un travail préalable de contrôle et d'élimination des données aberrantes d'une base de données et d'informatisation de certaines données a eu lieu. Il s'agit d'une méthode mixte, à la fois qualitative et quantitative.

Section VI. Outils et modes de recueil

Les différents outils que nous avons utilisés pour notre étude sont une fiche de recueil de données du dossier patient, un questionnaire de satisfaction des patients et deux grilles d'observation et de recueil de données des indicateurs d'un centre médico-social dédié aux addictions et d'activités de réductions des risques.

Nous nous sommes appuyée sur les référentiels français pour la mesure de la satisfaction et les indicateurs d'un centre médico-social dans la mesure où il n'existe pas de référentiel de ce type dans la sous-région africaine ou au niveau de l'OMS. Il est à préciser que l'avis des usagers de santé n'est pas demandé au Sénégal.

I. Fiche de recueil de données du dossier patient

L'outil que nous avons créé pour répondre à l'objectif 1 est une fiche recueillant les données relatives au dossier socio-médical (Annexe 5). Elle permet de relever les caractéristiques sociales, les caractéristiques de consommation et pratiques des usagers ainsi que les caractéristiques relatives aux aspects sanitaires et à la santé sexuelle. Nous avons également recueilli quelques données non décrites dans l'enquête UDSEN (24), comme l'origine de la prise en charge et la connaissance de l'équipe de terrain.

Pour obtenir les données du CEPIAD, nous avons informatisé les dossiers patients dans la base de données nouvellement réceptionnée (ProGDis Addiction, pour PROgramme de Gestion de Données en Intervention Sociale dédiée aux CSAPA et CAARUD). Celle-ci dispose d'un volet de recherche et d'un volet de statistiques qui nous ont permis d'extraire les données utiles.

II. Questionnaire de satisfaction des patients

L'outil que nous avons créé pour répondre partiellement à l'objectif 2, est une grille de mesure de la satisfaction des patients (Annexe 6) ; en effet l'évaluation des services proposés aux usagers s'est déroulée en deux parties.

La grille s'appuie sur l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés, I-SATIS utilisée en France (30). Cet indicateur mesure la satisfaction sur différentes composantes de leur prise en charge. Nous avons aussi pris en compte le questionnaire de l'Association Française pour la Réduction des risques pour les CAARUD en ajoutant des questions issues de ce questionnaire (31). Au contraire de cette association, nous avons fait le choix d'un nombre réduit de questions (une vingtaine) afin de faciliter son administration.

Le questionnaire décrit plusieurs composantes de la prise en charge globale de le patient telles que : l'information donnée au patient, la communication avec les professionnels de santé, l'accueil, les relations patients-professionnels, la qualité de vie. Il a été établi à partir

du livret d'accueil qui comprend les offres du CEPIAD. Certaines questions ont été adaptées ou modifiées pour correspondre au contexte particulier du CEPIAD¹⁵. D'autres questions n'avaient pas d'intérêt dans la mesure où le CEPIAD est un service ambulatoire. Répondre à toutes les questions était obligatoire pour les enquêtés. Il y avait aussi deux questions supplémentaires ouvertes.

La participation à l'enquête de satisfaction était volontaire et facultative pour le patient, chacun avait la liberté d'y participer ou non. Les réponses à la grille de satisfaction sont strictement anonymes et confidentielles. La grille pouvait être remplie avec l'aide d'un facilitateur ou bien le patient pouvait la remplir seul.

III. Grilles d'observation et de recueil de données des indicateurs d'un centre médico-social dédié aux addictions et d'activités de réductions des risques

Nous avons adapté deux outils pour répondre aux objectifs 2 (en partie) et 3. Il s'agit de deux grilles d'observation et de recueil de données, l'une pour les indicateurs d'un centre médico-social dédié aux addictions (Annexe 7) et l'autre pour les indicateurs d'activités de réductions des risques (Annexe 8).

Chaque grille est découpée en thèmes, qui correspondent à des domaines importants. Pour chaque thème, des références, détaillées en critères par les éléments d'appréciation, identifient des objectifs qualité. L'évaluation repose sur une mesure de l'atteinte d'objectifs souhaitables et réalistes.

Pour chaque thème et référence associée, une grille d'appréciation doit être remplie. Elle permet de renseigner pour chaque critère, un commentaire, la source qui permet d'objectiver l'appréciation et la cotation. Enfin une synthèse pour chaque référence est proposée avec une cotation globale, notant les points forts et faibles, ainsi que les activités à poursuivre et les propositions d'amélioration.

Indicateurs d'un centre médico-social dédié aux addictions

Pour créer les indicateurs de la prise en charge dispensée au CEPIAD, nous avons choisi d'utiliser deux référentiels, en les adaptant au contexte particulier du CEPIAD :

- Le référentiel d'auto évaluation (32) qui permet d'évaluer les CSAPA et les CAARUD, les deux types de centres médico-sociaux en France. Nous avons aussi utilisé le guide méthodologique associé (33).

¹⁵ Le CEPIAD est une structure comparable aux CAARUD et CSAPA en France, et un service hospitalier.

- Le référentiel d'évaluation des centres de santé (35) de la Haute Autorité de santé en France, qui a vocation à être utilisé par tout type de centre de santé français. Il traite tous les aspects importants de leurs activités concernant directement ou indirectement le service rendu au patient. Nous l'avons notamment choisi car le CEPIAD est un centre dépend d'un hôpital, au contraire de la plupart des CSAPA.

Outre ces référentiels, le projet du centre ainsi que les notes d'observation prises au cours du stage (notamment lors des réunions hebdomadaires) ont servi d'aide pour construire cet outil d'évaluation. Les thèmes des deux référentiels pris comme modèles ont été regroupés ; certains étant déjà communs, ils n'ont été écrits qu'une seule fois. De plus, certains critères ou références ont été supprimés, notamment ceux portant sur l'hébergement et la restauration, non présents au CEPIAD. D'autres ont été simplement modifiés pour mieux correspondre au contexte local, en prenant en compte le projet du CEPIAD.

L'outil créé comporte deux chapitres : « Projet du centre et gestion¹⁶ » et « Missions et prise en charge patients » mais seul le dernier sera audité pour notre étude. La grille utilisée pour notre étude comportait huit des 15 thèmes de la grille créée. Il s'agissait des thèmes suivants :

- Accès à la prise en charge
- Accueil, attente
- Droits, devoirs, expression des usagers
- Prise en charge intégrée
- Suivi médico-social
- Intimité, sécurité et continuité des soins
- Réduction des risques
- Missions et actions particulières.

Cette étude n'a pas pour objectif d'évaluer la pertinence ou la conformité des stratégies diagnostiques et thérapeutiques de chaque praticien (pratiques individuelles). Il ne s'agit pas d'un audit.

Le référentiel de la Haute Autorité de Santé évoque: « La totalité du présent référentiel indique des objectifs qualité à atteindre. Une enquête de satisfaction devrait utiliser les items qu'il contient pour mesurer le respect de certains de ces objectifs. » (35). Nous avons suivi partiellement ces indications dans notre enquête de satisfaction dans la mesure où le nombre de questions s'est voulu limité.

¹⁶ Les sept thèmes non explorés sont : Projet du centre ; Partenariats et inscription dans l'environnement ; Gestion administrative et financière ; Gestion des activités et consultations ; Dossier médico-social ; Ressources humaines ; Ressources matérielles et hygiène.

Indicateurs des activités de réduction des risques

Pour créer l'outil de recueil des indicateurs des interventions de réductions des risques, nous sommes basée sur le guide de l'OMS fixant des objectifs pour l'accès universel aux services de prévention, de traitement et de soins pour les consommateurs de drogues injectables (11). Pour évaluer les interventions mises en place par le CEPIAD, nous avons choisi les références « bonne couverture » et « qualité du programme ». Certains critères ou références n'ont pas été choisis (normes non explicites, critères nationaux) et d'autres ont été ajoutés pour mieux correspondre au contexte local.

Section VII. Traitement et analyse des données

Les données quantitatives ont été traitées avec OpenEpi, version 3, logiciel libre de calcul. La comparaison des variables qualitatives a été faite par le test exact de Fisher. La comparaison des moyennes a été réalisée par le test U de Student. Le seuil de significativité est fixé à 0,05 et tous les tests sont bilatéraux.

Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyenne, d'écart-type, de médiane et d'écart interquartile. Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif et de pourcentage.

I. Données dossier patient

Les effectifs des caractéristiques renseignées dans les dossiers patients ont été décrits de façon à mettre en lumière les profils des patients du CEPIAD. Les données (profils et manquantes) révèlent si les besoins et objectifs spécifiques du CEPIAD sont en accord.

II. Satisfaction des patients

Chaque question fermée est cotée avec une échelle de satisfaction : une valeur allant de 1 à 5 par modalité de réponse et augmentant avec la satisfaction. Les 23 premières questions ont été classées en cinq thèmes pour définir un score global de satisfaction, pour savoir si les patients disent ou non MERCI (première lettre de chaque thème) et à quel point à l'offre du CEPIAD : Malade (20, 21, 22, 23) ; Environnement (15, 16, 18, 19) ; Relationnel (2, 3, 4, 11, 12, 13) ; Compétence (5, 6, 7, 8, 9, 10) ; Information (1, 14, 17).

Les questions ouvertes (24 et 25) vont permettre de faire un lien entre le discours des acteurs, leurs actions et la réalité telle qu'elle est présentée.

III. Indicateurs d'un centre médico-social dédié aux addictions et indicateurs d'activités de réductions des risques

Les réponses aux critères doivent être courtes et factuelles. Elles présentent des faits objectifs et non des impressions ou des opinions. Lorsque cela est possible ces faits sont étayés par des mesures.

Une fois la réponse au critère écrite, une cotation a été attribuée, A (le critère est toujours ou entièrement satisfait), B (le critère est souvent ou partiellement satisfait), C (le critère est parfois ou très partiellement satisfait) ou D (le critère n'est jamais ou pas du tout satisfait). Les critères et les références sont alors cotés.

Grâce à la cotation et aux remarques notées, nous avons analysé les données avec la méthode AFOM (Atouts – Faiblesses – Opportunités – Menaces) qui est un outil d'analyse stratégique. Chaque thème aura donc un récapitulatif des points forts et de ceux à améliorer.

Section VIII. Obtention de l'avis du comité d'éthique

Le protocole d'étude a été soumis au Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé (CNER). En effet, le Sénégal dispose d'une Loi Recherche de 2009 qui codifie les aspects éthiques et oblige à expliciter et préciser certains aspects. La thématique des consommateurs de drogues injectables reste un sujet sensible et délicat, qui implique le respect de la confidentialité. Le respect de l'anonymat des personnes participant aux études a été organisé grâce à l'utilisation de la codification des noms et prénoms en vigueur au CEPIAD. Après échanges et clarifications de points, le comité d'éthique a prononcé un avis favorable le 28 mai 2015 (Annexe 9) et l'autorisation du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale a été accordée.

Chapitre III. Résultats

Section I. Description des profils patients consommateurs de drogues injectables

I. Patients

Les usagers du CEPIAD comptent 180 patients, dont 10 femmes. Entre l'ouverture du premier dossier patient fin janvier et la fin de notre étude en juin 2015, le centre a accueilli 14 % de sa cible, estimée à 1324 pour Dakar. Parmi cette population, nous comptons 30 injecteurs, soit 16 % de ceux recensés à Dakar. La moitié des usagers ont plus de 48 ans. Les usagers du CEPIAD comprennent 173 personnes consommant l'héroïne et sept personnes la cocaïne (crack ou cocaïne). Nous avons pris en compte la drogue qui a motivé la demande principale de prise en charge. Parmi les patients, 74 % déclarent connaître l'équipe de terrain, et ont précisé l'année de leur rencontre (Tableau 1).

Tableau 1 : Nombre de patients (N=180) par année de première rencontre de l'équipe de terrain par les patients, août 2015, CEPIAD

Connaissance de l'équipe de terrain	Effectif	Pourcentage
Oui, depuis :		
2011	69	38,3
2012	26	14,4
2013	16	8,9
2014	17	9,4
2015	5	2,8
Non renseigné	24	13,3
Non connue	23	12,8

Concernant l'origine de la prise en charge, 39 % des patients ont déclaré être venu au CEPIAD grâce à l'équipe de terrain et 52 % par eux-mêmes. Les autres patients sont venus grâce à leur famille, leur entourage (dont des amis usagers) et des structures sanitaires. La moitié des usagers se sont rendus au CEPIAD en février 2015 pour la première fois, mais tous ne sont pas devenus patients dans le même mois (Tableau 2).

Tableau 2 : Nombre de patients (N=180) par mois de premier accueil au CEPIAD pour le premier semestre 2015, août 2015, CEPIAD

Mois de 1er accueil	Effectif	Pourcentage
Janvier	6	3,3
Février	91	50,6
Mars	38	21,1
Avril	21	11,7
Mai	11	6,1
Juin	13	7,2

Aussi, le nombre d'ouvertures de dossiers n'a pas été homogène sur la période avec 67 % des couvertures réparties sur deux mois (Tableau 3).

Tableau 3 : Nombre de patients (N=180) ayant ouvert un dossier de prise en charge par mois au CEPIAD pour le premier semestre 2015, août 2015, CEPIAD

Mois de prise en charge	Effectif	Pourcentage
Janvier	3	1,7
Février	64	35,6
Mars	57	31,7
Avril	29	16,1
Mai	13	7,2
Juin	14	7,8

Une ouverture de dossier patient comprend trois volets, soit une consultation ou entretien avec un addictologue, un somaticien et un assistant social. Parmi les 180 patients, 82 % ont pu avoir un dossier patient complet en six mois. Pour une ouverture de dossier, il y a eu 168 consultations en addictologie, 153 avec un somaticien et 179 entretiens avec l'assistant social. En grande majorité, les trois volets sont complétés en un mois ; six consultations ont

dépassé ce délai. Les ouvertures de dossier font un bilan à l'entrée au CEPIAD sur les données socio-professionnelles, sanitaires, liés à la santé sexuelle et liés à la consommation de drogues.

II. Profils socio-professionnels

Les patients sont majoritairement seuls dans leur situation matrimoniale (66,9 %) (Tableau 4) mais ils vivent pour près de 80 % d'entre eux dans un logement durable chez des proches. Une faible majorité d'entre eux ont un niveau d'études moyen ou supérieur (52,6 %). Un tiers des patients n'est pas actif. Les actifs occupent davantage des emplois informels que formels. Près de sept patients sur dix ont un historique d'incarcération. Ces incarcérations se sont passées au Sénégal, mais aussi durant un séjour en Europe.

Tableau 4 : Caractéristiques socio-professionnelles des patients (N=180), janvier à juin 2015, CEPIAD

Variables socio-professionnelles	CEPIAD (N=180)	%
Situation matrimoniale		
Seul(e) (célibataire, divorcé(e), séparé(e), veuf(ve))	119	66,9
En couple (marié(e), union libre, concubinage)	59	33,1
Niveau d'études		
Faible (rien, primaire, école coranique)	85	47,8
Collège	47	26,4
Lycée et université	47	26,4
Non renseigné	1	0,6
Logement		
Non stable	26	14,4
Durable indépendant	10	5,6
Durable chez des proches	142	78,9
Sans domicile	0	0,0
Non renseigné	2	1,1
Socio-professionnel		
Non actif(ve)	60	33,3
Actif(ve) occupé(e) (emplois formel et informel)	118	65,6
Non renseigné	2	1,1
Juridique		
Historique d'incarcération	122	67,8
Sans incarcération	56	31,1
Non renseigné	2	1,1

III. Profils sanitaires

Parmi les patients, 5 % sont infectés par le VIH et 8,3 % par l'hépatite C (Tableau 5). Il est à noter que 25 % et 34 % des patients n'avaient encore été dépistés à l'heure de la récolte de données. Deux patients avaient des résultats incohérents, non redemandés (Annexe 10). Un tiers des patients infectés par le VIH le sont également par l'hépatite C. Plus de 90 % des patients n'a pas été dépisté pour l'hépatite B.

Tableau 5 : Caractéristiques sanitaires des patients (N=180), janvier à juin 2015, CEPIAD

Variables sanitaires	CEPIAD (N=180)	%
Infecté VIH		
Oui	9	5,0
Non	126	70,0
Non renseigné	45	25,0
Co-infecté VIH/VHC		
Oui	3	33,3
Non	6	66,7
Co-infecté VIH/VHB		
Oui	0	0,0
Non	9	100,0
Infecté VHC		
Oui	15	8,3
Non	104	57,8
Non renseigné	61	33,9
Infecté VHB		
Oui	2	1,1
Non	15	8,3
Non renseigné	163	90,6
A reçu des soins pour addictions		
Oui	25	13,9
Non	137	76,1
Non renseigné	18	10,0
Chez les injecteurs (N=30), infection VIH		
Oui	5	16,7
Non	20	66,7
Non renseigné	5	16,7
Chez les injecteurs (N=30), infection VHC		
Oui	10	33,3
Non	11	36,7
Non renseigné	9	30,0

Il existe une association entre le fait d'être infecté par le VIH ou par le VHC et d'être injecteur (Annexe 11), respectivement $p=0,02$ (20 % versus 3,6 % ; RC = 6,5 ; IC 95 % : 1,28-35,74) et $p<0,01$ (47,6 % versus 5,1 % ; RC = 16,2 ; IC 95 % : 4,18-72,58).

Un dixième des patients ont déjà reçu des soins pour addictions ; cela peut être des soins psychiatriques, ou des traitements de substitution qui ont forcément étaient délivrés en dehors du Sénégal.

IV. Profils liés à la santé sexuelle

Moins d'un patient sur deux a eu un rapport sexuel dans les 6 derniers mois (Tableau 6). Parmi ceux qui en ont eu, pour un quart cela s'est passé en dehors du couple, pour la moitié il y avait un port du préservatif, et moins de 5 % ont fait cela contre avantage.

Tableau 6 : Caractéristiques liées à la santé sexuelle des patients (N=180), janvier à août 2015, CEPIAD

Variables liées à la santé sexuelle	CEPIAD (N=180)	%
Rapport sexuel dans les 6 derniers mois		
Oui	83	46,1
Non	68	37,8
Non renseigné	29	16,1
Si oui, avec partenaire en dehors du conjoint		
Oui	22	26,5
Non	61	73,5
Si oui, utilisation du préservatif		
Rare ou inexistante	42	50,6
Toujours ou souvent	41	49,4
Si oui, contre de l'argent (contre avantage)		
Oui	4	4,8
Non	79	95,2

V. Profils liés aux drogues

Durant le mois précédent près de 98 % des patients ont consommé de l'héroïne et 65 % du cannabis (Tableau 7). De plus, la consommation de trois drogues ou plus est fréquente, à raison de plus de sept patients sur dix. La prise quotidienne d'héroïne est effective dans 90 % des cas. Si le patient est injecteur ou sniffeur, il partage peu leur matériel (respectivement 23,3 et 8,2 %). Il y a autant de fumeurs partageant leur matériel que ne le partageant pas. Ces dernières données sont à prendre avec précaution car 40 % des dossiers des fumeurs n'étaient pas renseignés sur ce partage. Une annexe présente tous les effectifs associés aux variables liées aux drogues (Annexe 12).

Tableau 7 : Caractéristiques des pratiques et des consommations liées aux drogues des patients (N=180), janvier à juin 2015, CEPIAD

Variables des pratiques et consommations	CEPIAD (N=180)	%
Consommation d'héroïne (mois précédent)		
Oui	176	97,8
Non	4	2,2
Consommation de cannabis (mois précédent)		
Oui	117	65,0
Non	63	35,0
Consommation de trois drogues ou plus		
Oui	138	76,7
Non	36	20,0
Non renseigné	6	3,3
Prise d'héroïne (N=176) quotidienne		
Oui	157	89,2
Non	8	4,5
Non renseigné	11	6,3
Injecteurs (N=30), partage de seringues		
Oui	7	23,3
Non	22	73,3
Non renseigné	1	3,3
Si fumeurs (N=65), partage de pipe ou matériel voie orale		
Oui	19	29,2
Non	21	32,3
Non renseigné	25	38,5
Si sniffeurs (N=73), partage de paille ou matériel voie nasale		
Oui	6	8,2
Non	60	82,2
Non renseigné	7	9,6

Section II. Services proposés aux consommateurs de drogues injectables

Les services proposés aux usagers ont été évalués en fonction d'indicateurs et grâce à l'avis des usagers recueillis lors d'une enquête de satisfaction.

I. Accès à la prise en charge

Référence 8.a : Le centre favorise l'accès de tous aux soins

La gratuité est en vigueur pour les consultations des consommateurs, que ce soit au CEPIAD ou dans l'hôpital de Fann. Par contre, celles en dehors de l'hôpital ne sont pas prises en charge par les partenaires du CEPIAD, notamment les consultations de gynécologie et d'ophtalmologie. Par ailleurs, tout le personnel parle à la fois français et wolof et l'équipe de terrain est familière du langage de rue, ce qui facilite la communication avec les usagers.

Référence 8.b : Le centre favorise l'accès physique à sa structure

La localisation du CEPIAD au sein de l'hôpital n'est pas aisée, puisqu'un seul panneau, à près de 300 mètres de l'entrée principale, indique sa direction. Les patients peuvent emprunter deux portes d'entrée, dont la principale est gardée par des vigiles qui ne sont pas toujours formés à laisser entrer les patients sans résistance (mots d'ordre pour le CEPIAD et le CRCF). Les situations de handicap ne sont pas prises en compte pour l'accès ou la circulation dans le CEPIAD. Notamment, on ne retrouve pas de plan incliné ou de rambarde de sécurité.

Référence 8.c : Le centre propose des solutions de prise en charge à tout moment

Les horaires, les brochures d'informations et l'offre des activités, ne sont disponibles que dans l'enceinte du centre ou au travers de l'équipe de terrain. Il n'y a pas d'autre communication (réorientations en dehors des heures d'ouverture, vidéo, site internet qui dépend de l'hôpital). Le centre a une plage horaire de sept heures cinq jours par semaine, durant lesquelles les urgences peuvent être prises en charge ou référées, mais au détriment des soins et consultations programmés. En effet, le CEPIAD n'est pas une unité d'urgences.

Référence 8.d : Le centre favorise une prise en charge globale des personnes

Les patients ont la possibilité d'être référés au sein de l'hôpital, mais ils ne sont pas toujours accompagnés. En dehors de l'hôpital, la référence est possible, mais payante. Un identifiant patient permet la confidentialité des informations tout au long de sa prise en charge, assurée par différents services qui collaborent entre eux. Des moyens de prévention sont mis en place au travers d'affiches, de causeries¹⁷ et grâce à la présence de l'équipe de terrain ; ces moyens font l'objet de financement de la part des partenaires.

II. Accueil, attente

Référence 9.a : Le centre accueille toute personne (usager, entourage, autres) se présentant ou téléphonant

L'accueil au centre se fait majoritairement en présence, le téléphone n'étant ni connu des usagers et du personnel, ni directement relié à l'accueil. Le personnel de l'accueil a reçu une formation informelle et suit une procédure écrite ; leur connaissance du terrain est un atout pour ce poste.

¹⁷ Ce terme sénégalais désigne les réunions publiques destinées à débattre d'un thème donné ou d'informer la population d'un problème de société. Ce genre de manifestation est vu comme un moyen simple et efficace de sensibiliser la population aux différents problèmes de société. Il peut s'agir de thèmes de santé comme le paludisme ou le VIH/sida, mais aussi de thèmes socio-économiques comme l'épargne, ou l'éducation.

Ainsi, ils peuvent répondre aux sollicitations des usagers ainsi que repérer et orienter facilement les personnes qui ne sont pas en recherche de soins. L'équipe de terrain, effective depuis 2011 (basée avant au CRCF), permet de canaliser certains comportements et d'expliquer le fonctionnement du centre de manière informelle. Le premier contact n'est pas toujours suivi d'un rendez-vous, soit en raison de la forte affluence, soit parce que l'utilisateur n'est pas demandeur.

Référence 9.b : Le centre accorde un soin particulier à la qualité de l'accueil, base d'une relation de confiance

L'accueil permet de présenter le centre aux nouveaux usagers et de les orienter en son sein. Il se compose principalement de deux personnes : une personne chargée de l'accueil, des rendez-vous et de l'espace d'attente et un membre de l'équipe de terrain en renfort. La confidentialité est difficile à respecter car l'espace d'accueil est un lieu de passage et est juxtaposé au lieu d'attente pour les consultations.

Référence 9.c : Les conditions d'attente sont adaptées

L'attente aux consultations se fait sur des sièges confortables et neufs, mais leur nombre fait défaut en cas d'affluence des patients. En effet, les rendez-vous sont donnés par demi-journée et non à heure fixe. En outre, le bruit peut être gênant durant l'attente. Les conflits sont gérés par le membre de l'équipe de terrain ainsi que par le vigile en dernier recours. Les patients ne sont pas informés des retards de certains professionnels, car ceux-ci ne préviennent pas l'accueil. Cette attente est gérée par l'ordre d'arrivée clairement écrit. Il n'y a pas de publicité affichée.

III. Droits, devoirs, expression des usagers

Référence 10.a : Le centre favorise la connaissance par les usagers de leurs droits et devoirs

Les droits et les obligations des usagers sont mentionnés dans le livret d'accueil et les règles de fonctionnement. Ces documents leur sont remis à leur arrivée. Ils ne sont pas tous et toujours affichés à l'accueil, tout comme la liste du personnel qualifié. La procédure de soins est expliquée durant les consultations. La possibilité d'anonymat n'est pas mise en place, mais des consultations « VIP¹⁸ » (famille de marabouts¹⁹ notamment) sont en réflexion. Cela leur permettrait de venir en dehors des heures d'affluence, afin de n'être pas reconnus. La prise en charge médico-sociale est établie avec l'utilisateur et celle des transgressions (désordre au CEPIAD, comportement non correct, etc) est traitée après réflexion.

¹⁸ VIP, de l'anglais, very important person, soit une personne très importante.

¹⁹ Nom donné aux chefs spirituels musulmans du Sénégal.

Référence 10.b : Le centre informe des modalités de prise en charge

Tous les documents relatifs aux modalités de prise en charge ne sont pas disponibles pour les usagers avant une consultation. Toutefois, l'équipe médico-sociale et celle de terrain répondent aux questions des usagers tout au long de la prise en charge. La compréhension est vérifiée au travers des causeries et est assurée au moment de signer les consentements (ouverture de dossier et programme méthadone).

Référence 10.c : Le centre favorise l'expression et la participation des usagers à son fonctionnement

Les usagers ont la possibilité d'occuper une activité bénévole (s'occuper du jardin, donner des cours) au centre et ont été invités à créer un groupe d'auto-support en avril 2015. Il n'y a pas de conseil d'usagers du CEPIAD. Notre enquête de satisfaction est la première mais elle n'a pas encore été présentée et exploitée. Il n'y a pas d'information donnée aux patients sur un accès à leur dossier, ni de procédure de réclamations ou de boîte à suggestions.

IV. Prise en charge intégrée

Référence 11.a : Le centre met en œuvre une évaluation globale de la demande et de la situation de l'utilisateur

L'évaluation de la demande passe par un recueil formalisé de données axé sur le médical, le social et l'addictologie. Néanmoins, il peut s'écouler plusieurs semaines entre ces trois consultations ; pour six patients, l'attente a été supérieure à 30 jours. La demande de l'utilisateur est prise en compte, s'agissant très souvent de faire partie du programme méthadone. Son suivi est opérationnel, dans le centre ou à l'hôpital pour des consultations spécialisées. Les informations recueillies ne seront analysées en équipe que si le patient passe en comité d'inclusion méthadone, ou si la personne est dépistée positive au VIH.

Référence 11.b : Le centre propose un suivi qui prend en compte toutes les dimensions de la situation, de l'expérience, du mode de vie de l'utilisateur

Les équipes d'addictologie, de pharmacie, d'infirmerie, du social et de psychologie travaillent ensemble lors des deux réunions hebdomadaires. Toutefois, l'équipe de terrain ne participe pas à toutes les réflexions, malgré sa connaissance approfondie de la situation du patient. De même, les équipes précitées ne participent pas aux réunions de l'équipe de terrain. Bien qu'il y ait transdisciplinarité, l'addictologie est pour certains la seule porte d'entrée possible au CEPIAD. L'évaluation globale n'est définie et suivie qu'en comité d'inclusion méthadone. Aussi chaque professionnel va demander à suivre certains patients. Un bilan semestriel est prévu dans le calendrier de la prise en charge, soit à partir d'août pour les premiers patients. L'accompagnement est proposé à tous et n'est pas basé sur un « contrat » passé entre l'utilisateur et le professionnel, sauf dans le cadre du programme méthadone.

Référence 11.c : Le centre propose ou facilite l'accès de l'entourage à différentes formes de soutien

L'entourage de l'utilisateur est accueilli au centre, et peut participer aux consultations avec le patient mais seul un entretien individuel a lieu à domicile. Des médiations sont proposées entre usagers et leurs familles avec l'équipe sociale. L'équipe ne propose pas, en revanche, de thérapies familiales et ne favorise pas des groupes d'échange informel.

Référence 11.d : Le centre offre à l'utilisateur une palette de modalités d'intervention

Le centre offre des entretiens individuels comme des entretiens de groupe, avec les visites à domicile. Le centre propose des cours d'informatique, du jardinage, des activités d'expression artistique, des jeux, du cinéma, des groupes de parole RdR et un club méthadone. Le seul bémol est qu'il ne propose pas de groupe thérapeutique ou d'ateliers de bien-être.

V. Suivi médico-social

Référence 12.a : Le centre assure un suivi médical et addictologique

Les consultations médicales et addictologiques sont gratuites, et suivent un protocole de prise en charge et de prescription pour la méthadone. Les soins sont assurés par les infirmiers bien que ces derniers ne disposent pas de tout le matériel nécessaire. L'équipe médicale s'assure de l'obtention du traitement s'il est disponible au CEPIAD, et de son observance. Si le traitement n'est pas accessible, les frais sont à la charge du patient, ce qui est évité dans les autres cas. La pression artérielle et le poids seront régulièrement demandés mais l'état nutritionnel n'est ni évalué ni suivi. Le centre fait appel à des somaticiens²⁰, infectiologues et cardiologues. Il peut également prendre en compte les comorbidités psychiatriques grâce aux addictologues psychiatres.

Référence 12.b : Le centre assure un accompagnement psychologique

Des consultations en psychologie ont été mises en place au cours de l'étude. Elles sont gratuites et se tiennent à raison de deux journées par semaine. La psychologue n'a toutefois pas reçu de formation spécifique par rapport à sa cible. Il n'y a pas d'ateliers ni de suivi à visée thérapeutique.

²⁰ Somaticien, c'est ainsi que parfois le psychiatre désigne le confrère d'une autre discipline. La somatique concerne le corps et les organes. Nom en effet donné au CEPIAD à tous les médecins non psychiatres.

Référence 12.c : Le centre assure un accompagnement social et éducatif destiné à réactiver les compétences et ressources de l'utilisateur

L'équipe sociale offre un espace d'écoute et assure un suivi, que l'on retrouve par exemple avec la recherche d'aide financière pour les suivis médicaux non pris en charge par le centre, la réinsertion professionnelle, l'amélioration des liens familiaux ainsi que les orientations pour des démarches administratives. L'équipe travaille sur le comment vivre avec son environnement en étant usager ou ex usager, comment vivre avec les stigmatisations et l'autostigmatisation, l'estime de soi et encourage les usagers à participer aux activités de convivialité. La question des droits sociaux n'a pas été abordée dès l'ouverture du centre ; cela concerne surtout la carte d'identité et la couverture maladie. L'intervenant social n'a eu qu'une fois à accompagner physiquement un usager à une consultation en dehors de l'hôpital.

Référence 12.d : Le centre assure un suivi global régulier

Le centre dispose de plusieurs contacts pour l'utilisateur (en demandant une personne contact et grâce à l'équipe de terrain). L'équipe fait le point, principalement, sur les patients en instance de passage en comité d'inclusion méthadone, bien qu'elle ait des outils à sa disposition pour le reste des patients. Le point sur les patients dits « perdus de vue » se fait de façon informelle. Il n'y a pas de réunion pour échanger sur les patients et leurs projets de vie hors du centre.

VI. Soins, traitement et rétention

Référence 13.a : L'intimité du patient, la quiétude au centre et la confidentialité des informations concernant le patient sont assurées

L'intimité fait défaut, notamment dans la salle de soins qui reçoit plusieurs patients à la fois. De plus celle-ci sert également de lieu de stockage pour les dossiers des patients. La confidentialité est assurée vis-à-vis de l'extérieur et de l'hôpital, mais n'est pas entière dans l'enceinte du CEPIAD de part le rapprochement des salles et le passage menant à la salle de convivialité.

Référence 13.b : La sécurité du patient est assurée

La sécurité du patient est assurée avec la prescription d'exams complémentaires, notamment en cas de tuberculose suspectée, mais il n'y a pas de protocole écrit pour cela. De plus, l'entourage ne sera concerné qu'en cas de sérologie VIH positive. En effet, le professionnel devra, après le troisième rendez-vous de conseils, en informer le partenaire sexuel si cela n'a pas été fait auparavant.

La pharmacie, renfermant les médicaments du centre, est en accès restreint ; le personnel se charge d'y suivre les commandes et les dates de péremption. Les patients en initialisation de traitement méthadone sont placés sous observation durant les trois premiers jours, après chaque prise. En revanche, les conditions de vie à domicile du patient ne sont pas évaluées.

Référence 13.c : La continuité et la rétention dans les soins et traitements est assurée

Un rendez-vous est pris pour permettre la continuité des soins, mais le cahier de liaison infirmier renseigne seulement sur les soins déjà effectués et non ceux restants. Ce cahier permet aussi de suivre les contrôles urinaires, les prélèvements sanguins pour sérologies et autres bilans effectués, ainsi que les résultats reçus. Néanmoins, le suivi sur les sérologies n'est pas optimal puisqu'un prélèvement n'est pas systématiquement associé à un résultat dans les 15 jours. Les situations complexes sont abordées entre professionnels, généralement dans une salle de consultation. Toutefois, il arrive que cela se fasse dans la salle de soins ou à l'accueil.

VII. Réduction des risques

Référence 14.a : Le centre prévient et/ou traite les infections et les dommages sanitaires liés à la consommation

Divers messages de prévention en termes de réduction des risques sont transmis au travers de causeries et d'affiches. En revanche, les échanges autour des produits et modes de consommations sont rares et informels. Le centre distribue du matériel mais est surtout actif avec l'équipe de terrain qui récupère les seringues. Un protocole pour les accidents d'exposition au sang est défini. Les usagers disposent de sanitaires, de douches ainsi que d'une laverie. Les professionnels s'occupent des bilans de santé, conseillent et orientent pour les dépistages VIH et VHC. Toutefois, ils ne s'occupent pas des vaccinations. Le traitement VHC n'est pas abordable financièrement pour les patients et n'est pas pris en charge par le CEPIAD. Le traitement VIH est accessible gratuitement à l'hôpital, au niveau du CRCF. La question de l'alimentation n'est pas officiellement abordée ; elle passe par les repas communautaires.

Référence 14.b : Le centre prévient les risques d'intoxication aiguë, de décès par surdose, de syndrome de sevrage, et les risques liés à des circonstances particulières de consommation

Le thème de l' « overdose » (surdose) est abordé dans les groupes de parole RdR et en club méthadone. L'information sur les traitements de sevrage n'est disponible qu'auprès des addictologues, hormis les généralités sur la méthadone.

La formation aux premiers secours n'est qu'un thème abordé avec les usagers, il n'existe pas de séance de pratique sur le sujet. Par ailleurs, seule une partie du personnel y a été formée.

Référence 14.c : Le centre assure une mission d'éducation sanitaire

Le centre ne diffuse pas de message sanitaire autre que ceux liés à la RdR. L'équipe reconnaît l'expertise des usagers et leur expérience en matière de consommation et des drogues. Par contre, il n'y a peu d'échanges à ce sujet au sein des professionnels.

Référence 14.d : Le centre inscrit sa stratégie de réduction des risques en complémentarité avec d'autres dispositifs intervenant auprès des usagers de drogues

En février, deux ateliers de sensibilisation ont eu lieu auprès des forces de sécurité étatiques et des urgentistes. Trois réunions, avec différents acteurs de RdR, ont eu lieu en mars et en juin, avec pour but la mise en place d'un réseau, la création d'une revue semestrielle des activités financées suite à l'enquête UDSEN ainsi qu'une table ronde de plaidoyer en faveur des consommateurs de drogues. Lors de ces rencontres, les principales interventions de réduction des risques expliquées étaient la distribution et la récupération de seringues, les groupes de parole et la méthadone. Une partie seulement, du personnel du CEPIAD a été formée à la RdR.

Référence 14.e : Le centre favorise la responsabilisation de l'utilisateur en ce qui concerne ses pratiques de consommation et ses choix

Le centre a favorisé la création d'un groupe d'auto-support en expliquant ses principes. Au travers de l'équipe de terrain et des activités de convivialité et d'autonomisation, les usagers bénéficient de l'expérience de tous. L'équipe de terrain place des containers de récupération de seringues chez des personnes clés, dites de relai, à leur domicile

VIII. Missions et actions particulières

Référence 15.a : Le centre développe des actions de formation et de recherche

En termes de recherche, le CEPIAD a accueilli des travaux d'étude tels qu'une thèse d'exercice en pharmacie, une thèse en sciences sociales ainsi que deux mémoires en santé internationale et coopération internationale. Le CEPIAD s'investit pour la formation en addictologie avec une infectiologue en formation. L'expérience de l'équipe de terrain est parfois sollicitée mais n'est pas capitalisée, comme elle l'a pu l'être avant l'ouverture du CEPIAD. D'autres actions de formation et de recherche sont en cours de réflexion.

Référence 15.b : Le centre développe des actions de réinsertion socioprofessionnelle et met en place des activités occupationnelles et d'autonomisation

Des activités de convivialité et d'autonomisation ont été mises en place au fur et à mesure des financements et des intervenants disponibles. Les usagers disposent d'une salle, à la demande, avec Internet, des sanitaires, ainsi que d'une cour et un jardin. Le club méthadone et les groupes de parole ont débuté en février ; le micro-jardinage et l'expression artistique en mars. Les activités de jeux et de cinéma et les cours d'informatique ont démarré respectivement en avril et en juin. Des repas communautaires sont servis aux usagers à raison de trois fois par semaine ; des collations sont également servies certains matins. Il n'y a pas eu d'activité avec les familles mais l'idée ait été évoquée à plusieurs reprises. Avec le « projet de vie » mené par un membre de l'équipe de terrain lors du club méthadone ou en consultation avec la psychologue, des réflexions s'engagent sur la notion d'ex-usagers. Le centre « jongle » entre la rétention du patient et son autonomisation. Des démarches ont été initiées pour développer les activités génératrices de revenus pour les usagers avec la prise de contacts auprès par exemple de la mairie de Dakar.

Référence 15.c : Le centre intervient en milieu pénitentiaire

L'équipe sociale a eu des contacts avec deux prisons, l'une pour hommes, l'autre pour femmes, sur les trois que compte Dakar. La troisième, non incluse, concerne les mineurs. Une convention est en cours d'élaboration avec la prison pour hommes. Un appui judiciaire a été rendu possible, durant plusieurs mois (arrêt durant le mois de juin), grâce à un partenaire, le centre Jacques Chirac, dont le financement provenait du Fonds Mondial. En revanche, les patients sous méthadone, incarcérés, n'ont pas encore la possibilité de poursuivre leur traitement en prison. A la place, un traitement du manque leur est prescrit par le médecin de la prison. Le centre n'a pas encore pu animer d'atelier de prévention en prison.

IX. Satisfaction

Participants

L'enquête a pu être effectuée auprès de 48 personnes dont cinq femmes (10 %) et autant d'usagers sous méthadone que sans. Ils devaient avoir ouvert un dossier socio-médical depuis plus de deux semaines et se présenter au CEPIAD durant la période de la mise à disposition de la grille de mesure. Nous avons estimé le nombre de sujets nécessaires à au moins 30 patients. Les usagers ont répondu à toutes les questions, allant de 1 à 23. Aucun usager enquêté ne travaille au CEPIAD.

L'analyse des données montre une différence statistiquement significative entre la moyenne d'âge des femmes (38,8 ans) et celle des hommes (47,4 ans) ($p=0,0469$), mais pas de différence entre les usagers sous méthadone et ceux qui ne le sont pas ($p=0,2955$) (Tableau 8). Les usagers ont connu le centre en février pour 58 % d'entre eux, et respectivement 21 %, 6 % et 15 %, en mars, avril et mai. Plus de 79 % consomment de l'héroïne, 8 % de la cocaïne (ou crack), et 13 % déclarent ne plus consommer de drogues injectables. A priori, les patients sous méthadone (depuis plusieurs semaines) devraient avoir arrêté la consommation de drogues injectables. Il y aurait donc dû y avoir une plus forte proportion de non consommateurs.

Tableau 8 : Comparaison des âges chez les usagers ayant participé à l'enquête de satisfaction (N=48), juin 2015, CEPIAD

Age (années)	Femmes (n=5)	Hommes (n'=43)	p-value	Méthadone (n''=24)	Sans méthadone (n'''=24)	p-value	Total (N=48)
En classe							
[0;25[	0	1		0	1		1
[25;35[	2	1		1	2		3
[35;45[	1	17		9	9		18
[45;55[	2	13		6	9		15
[55;100[	0	11		8	3		11
Moyenne	38,80	47,37	0,04693	47,88	45,08	0,2955	46,48
Ecart-type	10,87	8,67		8,80	9,52		9,18
Médiane	37,00	47,00		48,00	44,50		46,00
Ecart InterQuartile	[31,0-45,0]	[41,5-54,5]		[42,0-55,0]	[39,8-52,3]		[40,0-54,0]

Score global

Le score global de satisfaction est de 74 % (Annexe 13) ; les patients disent donc « MERCI » à l'offre du CEPIAD sous quelques réserves. La plupart des patients sont satisfaits et se sont exprimés dans ce sens. L'un d'eux affirmant par exemple: « c'est un bon centre, on les remercie et les encourage ». D'autres patients émettent même des recommandations : « le centre fait un excellent travail, l'équipe de terrain doit davantage tirer les autres qui ne connaissent pas encore le centre ».

Nous n'observons pas de différence statistiquement significative entre le score global de satisfaction des femmes et celui des hommes ($p=0,9150$), ni entre les usagers sous méthadone et ceux qui ne le sont pas ($p=0,3748$) (Annexe 14). De même, nous n'observons pas de différence entre leurs scores « MERCI ». La moitié des patients estiment leur satisfaction à plus de 76 %. Les scores individuels les plus bas sont de 35 % et 36 %, le premier n'est pas sous méthadone et le second l'est. Les scores individuels les plus élevés sont de 90 % et 92 %, patients tous deux sous méthadone.

Non satisfaction

Les scores les plus faibles ont été obtenus pour la diversité des activités de convivialité (62 %), l'évolution de la situation professionnelle (62 %) et l'accompagnement (65 %). L'aide à la

réinsertion professionnelle, l'aide pour financer des projets et la volonté de travailler au CEPIAD sont des sujets qui préoccupent particulièrement les usagers ; ce sont des demandes récurrentes dans les questions ouvertes. Plusieurs usagers demandent une plus grande diversité dans les activités de convivialité et d'autonomisation, comme par exemple : « plus de diversité pour les activités de convivialité et d'autonomisation en mettant l'initiation à l'informatique ».

Les femmes et les patients sous méthadone ne sont pas satisfaits de l'évolution de leur situation professionnelle, respectivement 38 % (score le plus faible) et 54 % (deuxième score le plus faible), ni du livret d'accueil, avec 40 % et 54 % de satisfaction, respectivement deuxième et premier score le plus faible.

Pour les hommes et les usagers sous méthadone, la diversité des activités de convivialité a le plus faible score, respectivement 61 % et 64 %. Pour les hommes, le deuxième score le plus faible porte sur l'évolution de la situation professionnelle, avec 64 % des usagers satisfaits. Pour les usagers sous méthadone, la compréhension n'est pas assez satisfaisante, avec un score de 67 %.

Satisfaisant

L'amélioration de la situation familiale fait l'unanimité, en ayant le score le plus élevé de satisfaction pour les quatre catégories soit 87 % et qui atteint 100 % chez les femmes. Cette amélioration est citée par un usager : « ma famille est contente de ce qui se passe ici ». Toutefois plusieurs patients expriment un besoin d'aide à la réinsertion sociale et à la réconciliation familiale.

Le matériel gratuit a le deuxième score le plus satisfaisant pour tous, avec un score de 84 %.

Autres sujets

L'étude révèle aussi que 22 patients n'ont pas consulté de psychologue et que 15 n'ont pas participé à des activités de convivialité. Certains consommateurs aimeraient rendre obligatoire ces activités aux inactifs.

Le programme méthadone, sujet non abordé dans le questionnaire, revient sous différents angles dans les questions ouvertes : volonté d'intégrer le programme méthadone ; besoin de plus d'informations sur ce programme ; lenteur du processus d'inclusion ; création d'une liste des patients à inclure par ordre d'arrivée au CEPIAD ; problème d'effets indésirables ; volonté de diminuer la dose ; concilier ramadan (jeûne) et méthadone ; traitement contraignant par rapport aux déplacements.

La compétence de l'équipe du CEPIAD n'a pas été commentée, hormis les recommandations faites à l'équipe de terrain. Par contre, l'attention envers les patients, la

punctualité des rendez-vous et le retard du personnel ont été commentés. Un patient s'inquiète des prélèvements sanguins : « Les prélèvements sanguins que l'on nous fait ne m'inspirent pas confiance. Ils prennent beaucoup de sang, est-ce que ce n'est pas pour le vendre ? ».

Enfin, deux témoignages nous ont interpellée, quant à la vie du centre et à la réduction des risques. L'un a un score de satisfaction de 43 % (le troisième le plus faible) et le second, a un score de 73 %, ils disent : « il y a trop de désordre et de bavardage, il y en qui sont là et qui ne veulent pas arrêter » et « le fait de donner des seringues gratuitement n'est pas une bonne idée parce que ça ne nous aide pas à sortir de la toxicomanie ».

X. Bilan

Dans le tableau ci-dessous (Tableau 9), nous reprenons les points forts (références cotées A et B grâce à la grille) et les points faibles (références cotées C et D) du CEPIAD quant aux services qu'ils proposent. Les résultats de l'enquête de satisfaction permettent d'ajuster les résultats retenus avec les indicateurs d'un centre médico-social dédié aux addictions.

Tableau 9 : Analyse des services proposés au CEPIAD, août 2015, CEPIAD

<p style="text-align: center;"><u>Atouts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès de tous aux soins ▪ Accueil ▪ Information sur la prise en charge ▪ Evaluation globale ▪ Suivi médico-social ▪ Réduction des risques 	<p style="text-align: center;"><u>Faiblesses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Communication externe ▪ Conditions d'attente ▪ Connaissance des droits et devoirs ▪ Expression des usagers ▪ Modalités de la prise en charge intégrée ▪ Accompagnement psychologique ▪ Suivi régulier ▪ Intimité, sécurité et continuité des soins ▪ Education sanitaire
<p style="text-align: center;"><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Missions et actions particulières 	<p style="text-align: center;"><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence d'autonomie financière ▪ Etat et leaders d'opinion qui ont une influence sur les politiques de santé

Section III. Activités de réduction des risques

Chaque intervention de réduction des risques proposée par l'OMS a été analysée séparément. Ces activités de réduction des risques portent sur plusieurs catégories de notre population ciblée : les populations effectives pour le CEPIAD ou l'équipe de terrain, au regard de celles estimées pour Dakar (Tableau 10).

Tableau 10 : Populations de consommateurs de drogues de Dakar (estimation UDSEN), du CEPIAD et de l'équipe de terrain, août 2015, CEPIAD

Population	Dakar	CEPIAD	Equipe de terrain
Population générale			
Consommateurs de drogues	1324	180	512
dont injecteurs	183	30	48
Dépendant aux opiacées			
Consommateurs de drogues	794	173	-
dont injecteurs	183	30	-
VIH positif			
Consommateurs de drogues	70	9	-
dont injecteurs	17	5	-
VHC positif			
Consommateurs de drogues	308	15	-
dont injecteurs	71	10	-

I. Programme d'échange de seringues

Référence 1.a : Le CEPIAD dispose d'un programme d'échange de seringues (PES) avec une bonne couverture

L'étude révèle que parmi les 183 injecteurs estimés à Dakar, 48 sont connus de l'équipe de terrain via le PES dont 17 % qui sont régulièrement touchés (Tableau 11). 74 % des injecteurs de Dakar n'auraient donc jamais été touchés par le PES. Par ailleurs, les femmes injectrices touchées sont significativement plus jeunes en moyenne que les hommes injecteurs (37,6 contre 46,3 ans) ($p=0,0440$) (Tableau 12). Nous notons que 50 % des injecteurs touchés ont plus de 48 ans. De plus, un usager sur quatre n'a été vu qu'une seule fois. En moyenne ils sont vus 13 fois [1 ; 94].

Tableau 11 : Couverture du Programme d'échange de seringues, mai 2014 à avril 2015, UDSEN

	Données	Rapport	Résultat
Injecteurs touchés (au moins une fois sur les 12 mois)	48	26%	Moyen
Injecteurs régulièrement touchés (au moins une fois par mois)	8		
Pour les injecteurs du PES/CEPIAD		17%	Faible
Pour les injecteurs estimés à Dakar		4%	Faible
Seringues distribuées (par injecteur et par an)	8983		
Pour les injecteurs du PES/CEPIAD		187	Moyen
Pour les injecteurs estimés à Dakar		49	Faible
Occasions d'effectivité (une sortie avec au moins un injecteur touché)	186		
Pour les injecteurs du PES/CEPIAD		388	Elevé
Pour les injecteurs estimés à Dakar		102	Elevé

Tableau 12 : Répartition des âges chez les injecteurs touchés (N=48), mai 2014-avril 2015, UDSSEN

Age (années)	Femmes (n=5)	Hommes (n=43)	Total (N=48)	p-value
En classe				
[0;25[	0	0	0	
[25;35[	2	5	7	
[35;45[	2	9	11	
[45;55[	1	21	22	
[55;100[	0	8	8	
Moyenne	37,60	46,26	46,08	0,0440
Ecart-type	9,91	8,74	9,14	
Médiane	43,00	49,00	48,00	
Ecart InterQuartile	[28,0-43,0]	[43,0-52,5]	[43,0-52,0]	

Concernant les seringues distribuées, nous en comptons 187 pour les injecteurs du PES mais seulement 49 pour les injecteurs à Dakar, alors que l’OMS en recommande 200 par injecteur et par an. Bien que le ratio d’occasions soit élevé, sur la totalité de ses sorties (298), l’équipe de terrain n’a pas touché d’injecteurs dans un tiers des cas.

Référence 1.b : Le CEPIAD dispose d'un PES de qualité

Les seringues sont disponibles au CEPIAD (site fixe : à l’accueil, durant les activités, à la demande) et au travers de l’équipe de terrain. La gratuité et la distribution des seringues sans conditions de retour sont appliquées. Le matériel de RdR est adapté localement grâce au programme associé à UDSSEN. Des informations sont données sur l’injection sécuritaire avec démonstration. Le taux de retour des seringues atteint quasiment 50 %. Les containers ne sont pas sécurisés ; ce sont des bouteilles d’eau de 1 litre et chaque seringue est comptée une à une.

Référence 1.c : Le CEPIAD dispose d'une équipe de terrain avec une bonne couverture et une bonne qualité

L’équipe de terrain du CEPIAD n’agit pas seulement auprès des injecteurs, mais va à la rencontre de tous les consommateurs. Les consommateurs sont touchés dans plus d’une sortie sur deux mais ne le sont que très peu régulièrement, ce qui peut se comprendre au vue de l’effectif de la population à atteindre. Par ailleurs environ 50 % des consommateurs de Dakar ont été touchés par l’équipe de terrain.

Une partie des consommateurs approchés sur le terrain sont devenus patients au CEPIAD (données non confondues car les identifiants patients et terrain ne sont pas tous harmonisés). Pour une prochaine étude portant sur l’année 2015, nous pourrions nous attendre à ce que la couverture et la régularité des consommateurs approchés ainsi que la

quantité de seringues distribuées par injecteur (moins d'injecteurs) soit en baisse ; l'équipe de terrain devra alors aller à la rencontre et trouver de nouveaux consommateurs.

Les usagers femmes touchés sont significativement ($p=0,0247$) plus jeunes (41,5 ans) en moyenne que les hommes (45,3 ans) (Tableau 13). Nous notons que 50 % des usagers touchés ont plus de 46 ans. Nous ne pouvons pas conclure à une différence entre les moyennes d'âge des injecteurs et celles des consommateurs de drogues ($p=0,5194$).

Tableau 13 : Répartition des âges chez tous les usagers touchés (N=512) par l'équipe mobile, mai 2014-avril 2015, UDSEN

Age (années)	Femme (n=36)	Hommes (n'=476)	Total (N=512)	p-value
En classe				
[0;25[	3	8	11	
[25;35[	10	62	72	
[35;45[	7	140	147	
[45;55[	14	170	184	
[55;100[	2	96	98	
Moyenne	41,46	45,32	45,12	0,0247
Ecart-type	10,56	9,86	9,93	
Médiane	43,00	46,00	46,00	
Ecart InterQuartile	[33,0-50,5]	[38,0-52,0]	[38,0-52,0]	

Nous observons une différence significative entre la moyenne des seringues distribuées avant et après l'ouverture effective du CEPIAD ($p=0,0001$), ainsi que pour celles récupérées ($p=0,0039$) (Tableau 14). En moyenne, il y a plus de seringues distribuées avant l'ouverture et plus de seringues récupérées après l'ouverture.

Tableau 14 : Quantité de seringues distribuées et récupérées, mai 2014 à avril 2015, UDSEN

	2014-2015		Total	p-value
	Mai-Janvier	Février-Avril		
Nombre de jours	226	71	297	
Seringues distribuées				
Quantité	7019	1964	8983	
Moyenne	31,06	27,28	30,14	0,0001
Ecart-type	39,71	38,16	39,24	
Seringues récupérées				
Quantité	3128	1216	4344	
Moyenne	13,84	16,89	14,58	0,0039
Ecart-type	23,40	33,74	26,20	
Taux de retour	0,45	0,62	0,48	
Quantité	3128	1216	4344	
Moyenne	0,39	0,49	0,41	<0,0001
Ecart-type	0,38	0,50	0,40	

Nous avons choisi la période de février à avril 2015 compris pour la mise en place du CEPIAD, ce qui comprend le premier mois effectif complet où des usagers se sont rendus au CEPIAD.

Nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle le CEPIAD a favorisé le retour des seringues usagées (usagers plus sensibilisés, équipe de terrain plus motivée) et que par ailleurs l'inclusion d'injecteurs dans le programme méthadone a fait diminuer la distribution de seringues.

Concernant notre principale source de données pour le PES, nous avons remarqué quelques anomalies ou avons eu des doutes sur certaines données. Nous nous sommes demandé si un usager était noté injecteur parce qu'il le déclare ou parce qu'il a, au moins une fois, demandé des seringues. En effet, un usager peut avoir un jour un statut injecteur et un autre jour être non injecteur. Ce statut semble être en corrélation avec la distribution de seringues. Les données ne semblent pas être vérifiées (identifiants, sexe, statut injecteur, drogues) : il y a plusieurs identifiants semblables, un usager peut avoir plusieurs identifiants (les usagers donnent différentes dates de naissance) et cet identifiant n'est pas harmonisé avec celui du CEPIAD (si l'usager est devenu patient).

II. Traitement de substitution aux opiacés et autres traitements de la dépendance

Référence 2.a : Le CEPIAD dispose d'un programme de traitement de substitution aux opiacés avec une bonne couverture

Le programme méthadone ne comporte qu'un tiers des consommateurs dépendants aux opiacés du CEPIAD (62 sur 173) mais les deux tiers des injecteurs (20 sur 30). Dans le cadre d'un démarrage d'activités, il est compréhensible que ce programme ne puisse pas absorber tous les patients demandeurs. Le fait qu'il y ait une plus forte proportion d'injecteurs retenus peut s'expliquer par leur date d'arrivée au CEPIAD et leur séropositivité plus fréquente (VIH, VHC).

Référence 2.b : Le CEPIAD dispose d'autres traitements de la dépendance avec une bonne couverture

Il n'y a pas de registre (médical ou pharmaceutique) précisant quels patients sont sous traitement de sevrage. Le dossier patient contient une fiche de traitements prescrits hors méthadone avec le nom du médicament et son indication. Or ces deux informations ne sont pas suffisamment bien remplies. Une dizaine de patients semble être sous traitement de sevrage. Pour les traitements de sevrage à l'héroïne (hors méthadone), il s'agit d'un traitement symptomatique (qui vise les symptômes que présente le patient) : antalgique

(paracétamol, ibuprofène, etc.), d'antispasmodiques (phloroglucinol), d'antidiarrhéiques (lopéramide), de vitamine C et de sédatifs (alimémazine). Pour le crack/cocaïne, ces produits n'entraînant qu'une dépendance psychique, les solutions de traitement sont plus limitées. Il est proposé pour l'instant l'éviction du milieu de consommation, un accompagnement psychothérapeutique et des activités occupationnelles

Référence 2.c: Le CEPIAD dispose d'un programme de traitement de substitution aux opiacés de qualité

L'information sur la méthadone est donnée lors de la réunion du club méthadone, organisée une fois par semaine, et lors des rendez-vous de pré-inclusion. Concernant les clubs méthadone, seule la forme de causerie est utilisée. Son thème n'est pas communiqué à l'avance et son contenu n'est pas consigné par écrit.

La pharmacie est ouverte chaque jour, et la méthadone y a été disponible sur toute la période d'enquête. Les horaires d'ouverture ne sont pas toujours affichés et les patients se plaignent des horaires parfois inadaptés. Sur 62 patients inscrits dans le programme, 57 sont toujours actifs ; quatre ont dû arrêter pour incarcération de longue durée et un a été exclu pour cause d'absences répétées. Des absences sont à noter, 23 ont eu au moins une absence d'un à 16 jours. Toutefois seule la raison « garde à vue » a été mentionnée par le personnel ; nous ne pouvons donc pas les analyser.

Nous avons trouvé 61 feuilles de consentement dont trois où le patient n'avait pas signé sous son nom ; il semble que la 62^e feuille se soit détachée. Le protocole d'évaluation est appliqué de manière uniforme avec des critères clairement écrits. Un compte-rendu de comité et une feuille par patient sont à remplir mais toutes ne le sont pas.

Les patients entrés dans le programme sont bien suivis (initialisation, observance quotidienne, rendez-vous addictologie réguliers) mais les dossiers des premiers inclus présentent des manques dans les examens complémentaires.

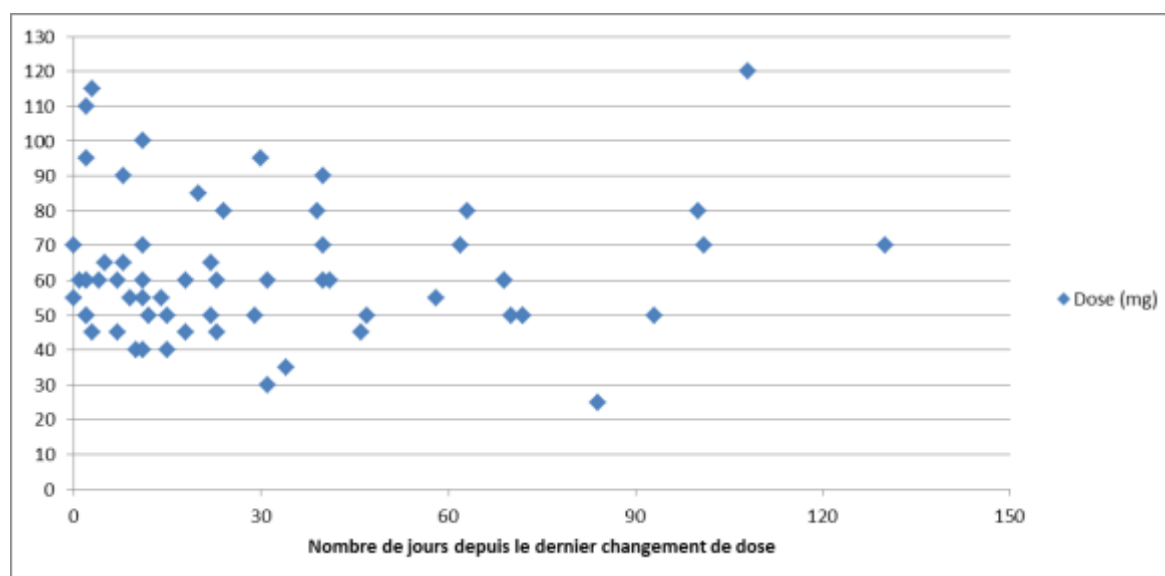
Concernant les doses de méthadone prescrites (initialisation et maintien), nous observons une différence statistiquement significative entre la posologie moyenne de méthadone des femmes (81 mg) et celle des hommes (60 mg) ($p=0,0061$) mais nous n'observons pas de différence selon la moyenne d'âge et la moyenne du nombre de jours de prise en charge effective (Tableau 15). Nous émettons l'hypothèse que les femmes ont une dose plus élevée en raison d'un traitement associé : anti-tuberculeux, antirétroviral, pour deux d'entre elles. Il y a actuellement trop peu de patients (deux femmes et un homme) sous traitement antirétroviral ou antituberculeux pour étudier une différence de dose.

Tableau 15 : Patients du programme méthadone (N=62), février à juillet 2015, CEPIAD

	Femmes (n=6)	Hommes (n'=56)	Total (N=62)	p-value
Age (années)				
En classe				
[0;25[	0	1	1	
[25;35[	1	5	6	
[35;45[	1	15	16	
[45;55[	2	22	24	
[55;100[	2	13	15	
Moyenne	48	47	47	0,8965
Ecart-type	11,34	9,45	9,46	
Médiane	52	49	49	
Ecart InterQuartile	[45,2-54,8]	[43,0-54,0]	[43,0-54,0]	
Posologie de méthadone (mg)				
Moyenne	81	60	62	0,0061
Ecart-type	23,10	16,62	18,08	
Médiane	74	57	57	
Ecart InterQuartile	[67-102]	[49-70]	[50-74]	
Nombre de jours de prise en charge effective				
Moyenne	117	82	86	0,0954
Ecart-type	58,75	45,90	47,43	
Médiane	130	81	87	
Ecart InterQuartile	[93-156]	[44-117]	[46-121]	

Par ailleurs, nous comptons 25 patients qui ont une dose stable depuis au moins 30 jours ; leurs doses sont comprises entre 25 et 120 mg (Tableau 16). Ainsi, 10 hommes ont une dose inférieure à 60 mg et une femme une dose supérieure à 100 mg ; la posologie quotidienne optimale pour obtenir une stabilisation efficace du patient étant comprise entre 60 et 100 mg de méthadone. Il conviendrait d'examiner avec un addictologue extérieur les dossiers patients pour s'assurer que les dépassements sont dus à une adaptation personnelle.

Tableau 16 : Dernière dose de méthadone (mg) depuis le dernier changement en nombre de jours, février-juillet 2015, CEPIAD



Nous comptons 25 patients : 24 points et un double, qui ont une dose stable depuis au moins 30 jours. Sur 25 usagers, 21 ont eu une dose précédente inférieure et quatre une dose supérieure.

III. Dépistage du VIH et conseil

Référence 3.a : Le CEPIAD dispose d'un programme de dépistage et conseil du VIH avec une bonne couverture

L'étude révèle que trois patients sur quatre ont été dépistés pour le VIH, soit un pourcentage élevé, mais 13 % des patients ont eu une prescription sans avoir de résultat dans leur dossier. Tous les patients devraient être testés, sauf refus (aucune mention à ce sujet dans le dossier patient) : « La connaissance du statut sérologique parmi les usagers de drogues est un facteur important de la réduction des risques d'exposition au VIH et au VHC. » (Présentation du CEPIAD). Le CEPIAD ne dispose pas d'une structure mobile de dépistage.

Référence 3.b : Le CEPIAD dispose d'un programme de dépistage et conseil du VIH de qualité

Chacune des prescriptions n'est pas systématiquement associée à un prélèvement qui lui-même ne l'est pas à un résultat reçu. Chacun des résultats reçus (positif ou négatif) n'a pas été communiqué au patient et notifié dans son dossier. Le résultat positif est donné au patient associé à un conseil ; mais nous ne pouvons rien dire concernant les résultats négatifs ; nous n'avons pas trouvé trace de dates où le résultat a été annoncé au patient. Par ailleurs, entre le prélèvement, la réception du résultat au niveau de l'infirmierie et un rendez-vous de suivi avec le médecin, il peut s'écouler plusieurs semaines durant lesquelles le patient est en attente. Le processus, du dépistage jusqu'au suivi, n'est pas écrit.

IV. Traitement antirétroviral

Référence 4.a : Le CEPIAD dispose d'un programme de traitement ARV avec une bonne couverture

L'étude révèle que seul quatre patients sur neuf dépistés positifs sont actuellement sous traitement antirétroviral et deux sont sous traitement prophylactique contre les maladies opportunistes. Le Sénégal a adopté une politique de « tester et traiter » pour les populations clés dont les consommateurs de drogues font partie. Nous n'avons pas pu connaître le nombre de consommateurs testés dans les 12 derniers mois et connaissant leur statut car il aurait fallu effectuer une enquête en population avec un professionnel formé. Néanmoins, d'après les dossiers patients, 13 % des patients ont une prescription sans avoir de résultat.

Référence 4.b : Le CEPIAD dispose d'un programme de traitement ARV de qualité

Le suivi et l'accès au traitement est confié au CRCF. Les patients sont suivis par l'infectiologue du CEPIAD et le CRCF.

V. Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles

Référence 5.a : Le CEPIAD dispose d'un programme de prévention et de traitement des IST avec une bonne couverture

Les patients ayant une IST à suivre n'ont pas pu être identifiés ; leur suivi n'est pas donc pas optimal.

Référence 5.b : Le CEPIAD dispose d'un programme de prévention et de traitement des IST de qualité

L'étude révèle que seul deux groupes de parole ont abordé les IST et qu'aucune affiche ou autre support d'information, d'éducation et de communication ciblées (IEC) n'est disponible au CEPIAD. La présence d'IST n'apparaît pas comme systématiquement recherchée à l'ouverture du dossier patient mais des rendez-vous avec un infectiologue sont pris au niveau du CEPIAD. Le processus du dépistage jusqu'au suivi n'est pas écrit.

VI. Programmes de distribution de préservatifs aux consommateurs de drogues injectables et à leurs partenaires

Référence 6.a : Le CEPIAD dispose d'un programme préservatifs avec une bonne couverture

Le nombre de préservatifs distribués et le pourcentage d'usagers en ayant reçu sont faibles chez les consommateurs (respectivement 15 et 30 %) et moyens chez les injecteurs (66 et 46 %). Nous n'avons pas les moyens de connaître leur utilisation effective (au contraire des seringues).

Référence 6.b : Le CEPIAD dispose d'un programme préservatifs de qualité

En cinq mois, seulement quatre causeries sur 13 ont abordé l'usage du préservatif. La démonstration et la participation par les usagers n'a pas pu être vérifiée. Information, éducation et communication (IEC) ciblées pour les consommateurs de drogues injectables

Référence 7.a : Le CEPIAD dispose d'un programme IEC avec une bonne couverture

Les données sur les IEC menées par l'équipe ne sont pas récoltées. Concernant la participation aux activités au CEPIAD, 43 % des injecteurs et 53 % des consommateurs

n'ont participé à aucune activité entre février et juin 2015. Ce suivi permet de voir que six personnes sont venues à des activités sans être patient dont un inconnu et un non touché depuis plus d'un an par l'équipe de terrain ; le CEPIAD à Fann n'est donc pas qu'une porte d'entrée « patient ».

Référence 7.b : Le CEPIAD dispose d'un programme IEC de qualité

L'étude montre que le CEPIAD propose cinq activités d'IEC variées, mais les thèmes et les formes d'animation des groupes de parole et des clubs méthadone pourraient être plus diversifiées. Il n'y a pas eu de communication affichée pour prévenir, lors des annulations de ces activités. Les thèmes ne sont pas toujours connus à l'avance par les usagers. Le contenu, quant à lui, n'est pas détaillé par écrit. Des affiches sur la tuberculose, les drogues et l'overdose sont présentes au CEPIAD, mais pas sur les hépatites ou le VIH. Les changements de comportement des patients consommateurs de drogues que ce soit face aux drogues ou dans leur vie sociale ou sexuelle, n'ont pas encore été évalués ; l'évaluation se fait au bout de six mois.

VII. Vaccination, diagnostic et traitements des hépatites virales

Référence 8.a : Le CEPIAD dispose d'un programme contre les hépatites virales avec une bonne couverture

L'étude révèle que seuls 14 % des patients ont un résultat d'hépatite B et trois sur quatre un résultat d'hépatite C. Tous les patients devraient être testés, sauf refus (aucune mention à ce sujet dans le dossier patient). Seul un patient, n'ayant pas de résultat de sérologie dans son dossier, est sous traitement contre l'hépatite C, et aucun sous traitement contre l'hépatite B.

Référence 8.b : Le CEPIAD dispose d'un programme contre les hépatites virales de qualité

L'accès à des examens complémentaires, au traitement pour les patients dépistés positifs à l'hépatite B ou C ainsi qu'à la vaccination contre l'hépatite B est inexistant. Le processus du dépistage jusqu'au suivi n'est pas écrit.

VIII. Prévention diagnostic et traitement de la tuberculose

Référence 9.a : Le CEPIAD dispose d'un programme contre la tuberculose avec une bonne couverture

L'étude révèle que 12 % des patients ayant vu un médecin n'ont pas de radiographie pulmonaire dans leur dossier, or cette radiographie doit être prescrite pour chaque patient qui ouvre un dossier. Il n'y a pas de trace systématique de cette prescription. Aucun patient n'a été dépisté par test cutané car il n'est pas utilisé au Sénégal. L'examen crachat est

réalisé pour chaque suspicion de tuberculose avec un délai variable. Les deux patients dépistés positifs à la tuberculose reçoivent un traitement, donné gratuitement par la ville de Dakar.

Référence 9.b : Le CEPIAD dispose d'un programme contre la tuberculose de qualité

Les informations reçues sur la tuberculose au CEPIAD ne sont pas suffisantes avec seulement une causerie en cinq mois. Le processus du dépistage jusqu'au suivi n'est pas écrit. Le traitement n'est pas disponible au CEPIAD car ce n'est pas un centre agréé. Le centre est une unité dépendante du service de psychiatrie, service qui n'a pas vocation à avoir ce traitement. Le CEPIAD, le CHNU (services des maladies infectieuses et de pneumologie) et les centres de santé de Dakar (délivrance des médicaments) se partagent le suivi des patients tuberculeux. La pharmacie du CEPIAD veille à l'observance du traitement d'un patient infecté.

IX. Bilan

Les analyses des points forts (références cotées A et B grâce à la grille) et des points faibles (références cotées C et D) des interventions en réduction des risques nous ont permis de décrire les faits. A présent, il s'agit de faire le bilan de toutes ces activités dans le tableau ci-dessous (Tableau 17).

Tableau 17 : Analyse des activités de réduction des risques du CEPIAD, août 2015, CEPIAD

<p style="text-align: center;"><u>Atouts</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipe de terrain notamment via le PES ▪ Programme méthadone ▪ Sources de données très riches ▪ Gratuité des activités pour les consommateurs de drogues 	<p style="text-align: center;"><u>Faiblesses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tests de dépistage non systématiques et résultats communiqués lentement ; accès limité aux traitements ou à la vaccination ▪ Manque de suivi des patients sous traitement de sevrage ▪ Horaires de la pharmacie pas toujours adaptés ▪ Activités IEC routinières ▪ Non harmonisation de l'identifiant usager ▪ Manque de fiabilité dans les sources de données
<p style="text-align: center;"><u>Opportunités</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Traitements anti-tuberculeux et antirétroviral disponibles au CEPIAD ▪ Mobilité du dépistage ▪ Confiance des bailleurs de fonds et partenaires dans la mesure où les usagers et injecteurs deviennent patients 	<p style="text-align: center;"><u>Menaces</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non pérennisation des traitements de substitution et des traitements en général

Chapitre IV. Discussion de l'évaluation

Section I. Discussion des principaux résultats de l'étude

Nous nous sommes tout d'abord intéressée à la cible « patient » du CEPIAD puis aux services proposés par ce centre médico-social dédié à l'addiction. Nous avons également pris en compte l'avis de ses usagers. Enfin nous avons évalué la réduction des risques en faveur des consommateurs de drogues injectables de Dakar.

I. Pertinence

En six mois, le CEPIAD a ouvert 180 dossiers pour des consommateurs de drogues injectables, soit 14 % de sa cible, ce qui paraît très prometteur pour la suite. Parmi eux, 74 % avaient déjà été sensibilisés à la réduction des risques par l'équipe de terrain. Nous retiendrons que l'accès des femmes au CEPIAD est encore faible, seulement 5,6 % des patients.

Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'existence de soins gratuits spécifiques tels que la consultation gynécologique pourrait faciliter leur venue. De plus, l'équipe de terrain explique qu'elle a plus de difficultés à les approcher.

Pratiquement tous les patients consomment de l'héroïne, à savoir 97,8 %. Le programme méthadone recense 36 % des consommateurs dépendants aux opiacés du CEPIAD. Nous pouvons émettre l'hypothèse selon laquelle les usagers dépendants aux opiacés viennent plus facilement au CEPIAD car il offre un traitement de substitution, la méthadone. Ce traitement n'est pas adéquat pour les autres consommateurs (cocaïne, crack).

Les patients semblent mobiles puisque des incarcérations et des prises en charge pour addictions sont relatées en Europe. Les patients sont peu à être dans une situation de logement précaire, ce qui peut s'expliquer par la solidarité communautaire.

Une part importante de dépistages n'avaient pas été réalisés au moment de l'enquête, ce qui d'une part ne permet pas d'interpréter correctement les données et d'autre part, cela met en cause l'offre de réduction des risques proposée aux patients. Les associations entre « être infecté par l'hépatite C ou le VIH » et « être injecteur » soulignent le travail qu'il reste à fournir auprès de cette population dans la prévention de ces infections. De plus, les données dites non renseignées révèlent que les patients n'ont pas pu voir tous les professionnels (addictologie, médical, assistant social) ou que ces derniers n'ont pas pu remplir entièrement le volet concerné.

II. Cohérence

L'objectif du CEPIAD et sa vocation sont respectés notamment pour la gratuité, les tests VIH et hépatite C, l'offre de seringues et de préservatifs, ou encore la mise sous méthadone des patients éligibles et sélectionnés. Néanmoins, le CEPIAD doit poursuivre ses efforts concernant les tests hépatite B, les soins psychiatriques, les activités de réinsertion socio-professionnelle et la prise en charge des IST. Nous discutons de ces faits en fonction des critères d'évaluation des programmes et systèmes de santé.

Accessibilité

Comme le montre le pourcentage élevé de patients venus, par rapport à ceux ciblés, les usagers ont un accès facilité aux services du CEPIAD, grâce en particulier à sa gratuité et probablement à la proximité géographique du centre par rapport aux lieux de consommation. Le CEPIAD par le biais de son équipe mobile, se déplace directement auprès des usagers pour certains services, comme sensibilisation sur la réduction des risques, mais il ne permet pas encore le dépistage mobile. La communication externe constitue une faiblesse pour la structure, car aucun affichage ni site internet ne lui est dédié.

La prévention, les soins, les traitements et le soutien socio-psychologique font partie des services proposés par le CEPIAD. Ils peuvent s'effectuer grâce notamment aux activités de réduction des risques, aux consultations médico-sociales, à l'accès à la méthadone et aux tests de dépistage au VIH et à l'hépatite C.

Bien que les femmes aient plus difficilement accès aux services (5,6 %), elles sont en proportion plus nombreuses dans le programme méthadone (9,7 %). Nous pouvons émettre l'hypothèse que c'est parce qu'elles sont plus vulnérables face aux infections et aux problèmes sociaux.

Qualité et couverture

En arrivant au CEPIAD, les usagers reçoivent un accueil de qualité et des informations sur leur prise en charge. Ils ont alors une évaluation globale et un suivi médico-social. Par contre, le suivi régulier n'est pas effectif pour tous les patients, puisqu'il privilégie les patients sous méthadone ou dépistés positifs au VIH. L'accompagnement psychologique, quant à lui, a été très peu sollicité. Enfin, les conditions d'attente, l'intimité, la sécurité et la continuité des soins ne sont pas optimales.

La prévention des risques de contamination virales VIH et hépatites passe par les groupes de parole de réduction des risques et la connaissance de son statut sérologique. La monotonie d'animation de ces groupes ainsi que le résultat pas toujours communiqué au patient sont des faiblesses pour le CEPIAD. De plus, la connaissance des droits et devoirs et l'expression des usagers pourraient être mieux développées. Bien que le CEPIAD offre une

activité de convivialité ou d'autonomisation par jour, les usagers souhaitent plus de diversité avec notamment des cours d'informatique et de français.

L'amélioration de la situation sanitaire et sociale des usagers et la réduction de la consommation de drogues n'a pas été étudiée car les évaluations ont eu lieu après notre étude. Toutefois, l'enquête de satisfaction révèle qu'une partie des usagers a arrêté la consommation de drogues injectables (au moins cinq). De plus, le programme méthadone qui compte 57 patients à son actif, est un outil efficace pour réduire cette consommation. Le programme méthadone est un sujet particulièrement débattu entre usagers que ce soit au sujet de la date d'inclusion ou encore de la liste d'attente. Les patients qui le suivent demandent plus de souplesse, notamment dans les horaires ainsi que dans la possibilité d'emport à domicile.

Le CEPIAD a touché 512 usagers en dehors de sa structure sur une année, mais les injecteurs (48) régulièrement touchés sont peu nombreux (huit). Le centre a entrepris des actions pour approcher les consommateurs en prison et pour continuer le suivi des usagers incarcérés.

Acceptabilité

L'enquête de satisfaction a permis de révéler ce dont les usagers sont satisfaits et les services pour lesquels, ils le sont moins. L'amélioration de la situation familiale est mise en avant tandis que la réinsertion professionnelle reste un sujet qui préoccupe les patients. En effet, les activités d'autonomisation démarrent doucement et les actions entreprises avec des partenaires extérieurs n'ont pas encore abouti. De plus, des consommateurs de drogues non patients se rendent au CEPIAD pour participer aux activités de convivialité ; le CEPIAD n'est donc pas qu'une porte d'entrée pour patients. Lors du partage de l'analyse de l'enquête avec les usagers, ils ont exprimé leur envie de participer plus au fonctionnement du centre et se demandent quand aura lieu la prochaine enquête de satisfaction. Ils aimeraient que le CEPIAD encourage davantage les patients non actifs à participer aux activités de convivialité.

Faisabilité

Le projet du CEPIAD est faisable grâce à des partenaires financiers et institutionnels et grâce au travail de l'équipe de terrain mené depuis 2011. En effet, les usagers révèlent, pour la grande majorité, qu'ils connaissent l'équipe de terrain et qu'ils viennent au CEPIAD en partie grâce à elle.

L'indisponibilité des traitements anti-tuberculeux et antirétroviral au centre ne permet pas un suivi optimal des patients. De plus, l'exploitation des sources de données passe

principalement par l'identifiant de l'utilisateur. Or celui-ci n'est actuellement pas assez harmonisé entre l'identifiant patient et celui que possède l'équipe de terrain.

La formation de ses professionnels médico-sociaux est un facteur de réussite du centre. La formation en réduction des risques et en addictologie n'est pas encore effective pour tous. Le CEPIAD est également un lieu de recherche, ce dont cette étude d'évaluation peut témoigner, ayant pour but d'améliorer la prise en charge des personnes présentant des addictions.

Durabilité

La notion de durabilité pour le CEPIAD passe par deux critères : la disponibilité des financements et ressources humaines et les besoins de la cible. Les financements du CEPIAD, qui permettent notamment la gratuité des services, sont assurés jusqu'en 2017. Quant aux besoins, presque un septième de la population ciblée a été touchée, les futurs patients sont donc aux portes du CEPIAD.

Section II. Validité interne

Cette étude présente principalement trois limites.

I. Données

La première est liée aux données, à leur qualité, leur disponibilité et au manque d'informations s'y rapportant.

Nous avons eu à travailler avec la base de données UDSEN, le registre des activités de convivialité, les comptes rendus de réunion, les rapports d'activités semestriels et les dossiers patients, que nous avons saisis sur informatique. Bien que nous ayons effectué un contrôle et une élimination de données aberrantes de la base de données sur la période d'étude, nous ne sommes pas professionnelle dans ce domaine et des erreurs ont pu persister.

Concernant le registre des activités de convivialité, la rigueur n'est pas de mise à chaque page. Par exemple, certaines fois les usagers signaient, d'autres fois non et les chiffres présentés n'étaient pas en accord avec ceux des comptes rendus et des rapports d'activités. Bien que nous ayons exploité ces données de la même manière, nous ne pouvons garantir l'exactitude des informations mentionnées.

Concernant les dossiers patients, nous avons été confrontée à de nombreuses données manquantes. Nous nous sommes basée sur les dossiers d'ouverture de prise en charge (cases à cocher), et non sur les suivis manuscrits, dont la lecture n'est pas forcément aisée, ce qui a entraîné une perte d'informations. Nous avons extrait des données de la nouvelle

base du CEPIAD que nous avons renseignée. Or, certaines n'étaient pas accessibles, comme l'âge de début d'une drogue ou encore l'origine démographique des patients.

D'autres données n'étaient pas renseignées. Par exemple, nous n'avons pas pu connaître le nombre exact de consommateurs, testés pour le VIH dans les 12 derniers mois et connaissant leur statut car il aurait fallu effectuer une enquête en population avec un professionnel formé.

Enfin, le dénominateur à prendre pour certaines variables peut être discuté. Par exemple, la variable « utilisation du préservatif » dans les profils des patients devrait être donnée uniquement sur le nombre de personnes ayant des rapports sexuels en dehors du conjoint. Ceci permettrait de mieux se rendre compte s'il y a des pratiques à risque.

II. Population

La deuxième limite se rapporte à la population. Comme nous l'avons expliqué, les 1324 consommateurs de drogues injectables de Dakar sont notre cible. Toutefois, le CEPIAD les approche de différentes manières, sur différents lieux, nous avons alors dû les catégoriser. Une étude étant liée à une population et non à des catégories, cela peut fausser les compréhensions des résultats de notre étude. Aussi en termes d'effectif, bien que cela soit minime, il y a quatre patients faisant partie des membres de l'équipe de terrain, cela pouvant affecter les résultats en termes de couverture. Ils participent aux activités de convivialité soit en tant que consommateurs soit en tant qu'animateur. Ils ne sont pas approchés sur le terrain car ceux sont eux qui sensibilisent leurs pairs.

III. Outils et mode d'évaluation

Enfin, notre troisième limite concerne les outils et les modes d'évaluation.

Pour l'élaboration des grilles, nous n'avons utilisé qu'une partie des référentiels reconnus. Or, ces référentiels n'avaient pas été pensés pour le cas particulier du CEPIAD. D'une part les indicateurs de réduction des risques de l'OMS se basent sur les injecteurs, alors que notre étude concerne les consommateurs au sens large du terme. D'autre part, les indicateurs d'un centre médico-social dédié aux addictions sont fondés sur deux référentiels utilisés en France, propres à leur réglementation et à leurs habitudes.

Toutefois, les données de cette première étude permettront d'affiner ces outils pour une deuxième phase d'évaluation.

Lors de l'analyse des données, la question de l'utilisateur approché une fois ou régulièrement a fait débat. Par exemple, la proportion d'utilisateurs qui viennent à une activité de convivialité est basée sur la population en général, ou celle des patients, alors qu'il serait plus pertinent de comparer leur présence à ceux qui en ont besoin ou veulent réellement y participer.

Notre enquête de satisfaction ou certains indicateurs OMS se basent sur un consommateur qui utilise un service. Or, il peut très bien ne pas recourir à certains services, soit parce qu'il n'est pas intéressé, soit parce qu'il a un emploi. De même, le critère de « régularité » est discutable. Vaut-il mieux que 500 usagers soient touchés peu de fois et seulement cinquante régulièrement ou 100 usagers touchés et tous régulièrement ? Cette question mérite réflexion.

Enfin, une étude de comparaison des profils des usagers des enquêtes CEPIAD et UDSEN aurait pu permettre d'explorer davantage cette évaluation en termes de pertinence. Des différences significatives, par exemple dans le partage des pailles pour sniffer, mettraient en avant le travail de réduction des risques effectué par l'équipe de terrain depuis 2011.

Section III. Validité externe

I. Littérature en Afrique

La littérature est pauvre en ce qui concerne les structures d'accueil pour consommateurs de drogues en Afrique. En outre, l'évaluation de ces dispositifs et notamment de la prise en charge n'est pas abordée. Aussi, en termes de réduction des risques, la littérature portera principalement sur l'évaluation d'une ou plusieurs interventions en réduction des risques, mais pas sur les résultats d'une structure.

II. Littérature en France

En France, l'IGAS a publié en 2014 un rapport consacré à une mission d'évaluation du dispositif spécifique des CSAPA et des CAARUD (36).

Elle écrit que : « Les pratiques de prises en charge des patients par les CSAPA sont très liées à l'histoire de la structure, à son implantation et aux moyens dont elle dispose. [...] Plusieurs des associations rencontrées exercent la double mission (CSAPA + CAARUD), sans y voir de difficultés particulières, parfois même quasiment dans les mêmes lieux. [...] Le continuum est donc établi entre les deux structures -exemple parisien-, qui ont ainsi mutualisé certains moyens humains (direction commune) et matériels (locaux communs). » Nous avons évoqué à plusieurs reprises la particularité du CEPIAD, que ce soit en termes de structure mixte, à la fois sociale, médico-sociale et appartenant à l'hôpital, ou en raison de sa primauté en Afrique de l'Ouest. Le CEPIAD ne fait donc pas exception à la « règle » observée en France : et présente des caractéristiques liées à son histoire et son implantation. Aussi, les outils et indicateurs que nous avons utilisés, bien qu'adaptés, ne semblent pas poser de problème dans le cadre d'une évaluation.

Puis l'IGAS énonce qu' « Après le premier accueil, le premier entretien peut, selon les cas, être obligatoirement fait par un médecin, un psychologue ou un travailleur social. Parfois il

est effectué par le professionnel le plus disponible. Ce premier entretien déclenche ensuite des rendez-vous avec d'autres membres de l'équipe, selon les besoins de la personne. » Nous pouvons rapprocher cela de l'accueil et de l'ouverture du dossier sous trois volets, médical, addictologique et social. Le volet psychologie semble toujours présent en France, contrairement au CEPIAD.

L'IGAS relate aussi les recommandations de l'agence nationale française, en matière d'évaluation et de qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux, quant à l'expression des usagers, sur le conseil de vie social, les groupes participatifs, les enquêtes, les questionnaires, le cahier permettant l'expression ou encore la boîte à idées. Cet aspect-là fait pour l'instant défaut au CEPIAD.

Elle constate aussi, malgré l'existence de références concernant le traitement par méthadone, une certaine hétérogénéité dans les modalités d'utilisation et les pratiques, le suivi de prescription et dans la sécurisation d'usage. Il s'agira par exemple d'une variabilité des posologies lors des premiers mois, ce que nous avons également constaté.

Puis, elle fait part de l'expertise collective de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (France) sur la réduction des risques chez les usagers de drogue (9). En effet, les CSAPA et CAARUD ont un rôle à jouer dans le soin des usagers de drogue au-delà de la seule question de la substitution et des infections virales. Le CEPIAD a pris cela en compte et offre des consultations somatiques et psychiatriques.

Enfin, elle montre la pluralité des activités des CAARUD, dont certains sont très orientés vers les aspects sociaux, pour la fourniture de repas par exemple, tandis que d'autres mettent plus l'accent sur la prévention sanitaire et la réduction des risques en allant vers un public de prostituées. Ces interventions-là ne sont pas mises en place par le CEPIAD ; cela laisse donc entrevoir des perspectives nouvelles dans la palette d'interventions.

Section IV. Perspectives

I. Autres analyses

Ce travail, qui servira aux professionnels du CEPIAD et à ses partenaires, pourra être complété par une analyse institutionnelle. En effet, la prise en charge passe aussi par la quantité et la qualité de ses ressources humaines, matérielles et financières, de son mode de gestion et de ses moyens d'informations, points que nous n'avons que très peu abordés. Ce travail pourra être complété par l'utilisation du référentiel que nous avons créé pour le CEPIAD concernant les indicateurs d'un centre médico-social dédié aux addictions.

II. Etude CoDISEN

Nous avons analysé les performances du dispositif de prise en charge du CEPIAD en termes de pertinence et de cohérence. Toutefois, la recherche évaluative ne s'arrête pas là. En effet, l'efficacité, l'impact et l'efficience sont également des critères à analyser. Une étude de cohorte²¹ (ANRS 12334) de consommateurs de drogues injectables au Sénégal va débiter dans quelques mois. Cette étude, CoDISEN, sera dirigée par le Dr. Annie Leprêtre et le Pr. Moussa Seydi. Elle aura pour objectif général d'évaluer l'acceptabilité, l'efficacité et l'impact d'une prise en charge globale des CDI à Dakar, intégrant une stratégie de « tester et traiter » pour le VIH.

Ses objectifs secondaires seront d'évaluer les principales co-morbidités associées, de décrire le taux de rétention dans la cohorte et ses déterminants ainsi que d'analyser qualitativement l'intégration de cette prise en charge dans le dispositif de soins du CEPIAD et au niveau de la communauté des consommateurs de drogues injectables.

III. Autres approches

Le CEPIAD pourrait également réaliser une réelle étude de comparaison ou de suivi entre les usagers approchés par l'équipe de terrain et ceux se rendant au CEPIAD, après contrôle des bases de données et harmonisation des identifiants usagers.

Enfin, notre étude a porté sur les consommateurs de drogues injectables. Néanmoins, une nouvelle approche pourrait être centrée sur les usagers du CEPIAD, à savoir les patients se présentant pour tout type d'addiction, incluant l'alcool, le tabac ainsi que le cannabis.

Section V. Implications de santé publique

I. Référence

D'après la littérature et les professionnels, le CEPIAD est le premier et l'unique centre médico-social d'Afrique de l'Ouest offrant une prise en charge pour les consommateurs de drogues injectables. Ce centre est reconnu et inscrit dans le PNLS. Cette évaluation a permis de décrire les patients pris en charge et de mettre en avant les atouts et les faiblesses de son dispositif de prise en charge. Nous avons aussi pu souligner les opportunités et les menaces de son environnement. Ainsi, nous offrons la description et l'analyse détaillée de ce centre ouvert depuis sept mois.

²¹ « Une étude de cohorte consiste à observer la survenue d'événements de santé dans le temps au sein d'une population définie qui est incluse au démarrage de l'étude et qui est suivie sur plusieurs mois ou années selon un protocole de recueil de données adapté aux objectifs de l'étude. » INSERM

II. Réduction des risques infectieux

Il est à noter que plus d'un dixième de la population ciblée est devenue patiente au CEPIAD, durant cette période de démarrage. Les consommateurs ont alors pu avoir connaissance de leurs statuts sérologiques (75 % VIH et 66 % VHC). Ils ont pu consulter à l'ouverture de leur dossier patient un addictologue (168), un somaticien (153) et un assistant social (179). Les consommateurs (91), la plupart patients, se sont déplacés à des activités de convivialité et d'autonomisation. Certains ont même pu arrêter complètement leur consommation de drogues. Ce panel d'interventions permet de réduire les risques liés à l'usage de drogues que ce soit pour l'usager lui-même ou pour son entourage.

III. Centres en région

Ce centre est basé à Dakar, la capitale, là où l'enquête UDSEN avait pu estimer le nombre de consommateurs de drogues injectables. Une pré-enquête avait montré que des consommateurs résidaient à Thiès et à Ziguinchor. De plus, certains patients disent travailler, voire vivre, dans d'autres régions du Sénégal. Il est alors plausible de penser à l'ouverture d'autres centres au Sénégal, mais aussi de réfléchir à la faisabilité de l'emport à domicile de la méthadone.

IV. Partage d'expériences

Ces données peuvent également être utilisées par les partenaires du CEPIAD, comme le CNLS. Notre expérience permettra de faire connaître cette structure de santé publique en dehors du Sénégal, notamment en France, où nous avons prévu de faire un exposé à deux structures d'accueil d'usagers déjà visitées : l'un au CSAPA et l'autre au CAARUD de notre région.

Quoi qu'il en soit, l'expérience sénégalaise est reconnue et pourrait ouvrir la voie à d'autres pays voisins, dont les programmes sanitaires ne reconnaissent pas encore cette population.

Section VI. Recommandations

L'évaluation interne du dispositif de prise en charge a mis en avant des atouts et des faiblesses. Chaque atout peut être exploité au maximum afin de perdurer et chaque faiblesse peut être prise en compte pour l'amélioration de la structure. Nous présentons alors les recommandations qui nous semblent les plus applicables et les plus pertinentes à court terme, dans la mesure où le CEPIAD démarre seulement ses activités.

I. Améliorer la qualité des données

Nous recommandons une plus grande rigueur dans le remplissage des outils de collecte de données et dans leur vérification et ce, afin de les harmoniser. En outre, l'identifiant usager doit être unique entre le répertoire de l'équipe de terrain et les données patient du CEPIAD.

Les activités de convivialité et certaines données patient telles que la date d'annonce du résultat de sérologie VIH, doivent avoir des bases écrites (enregistrement dans un registre papier ou informatique dédié et/ou notification dans le dossier patient).

II. Renforcer les réseaux autour du CEPIAD

Les réseaux d'acteurs de la société civile autour du CEPIAD et des partenaires démarrent petit à petit. Nous recommandons un suivi de ces réseaux dans la mesure où son opérationnalisation permettra de mutualiser les moyens, au profit des consommateurs, comme pour la réinsertion professionnelle ou encore les services dédiés spécifiquement aux usagers femmes.

III. Favoriser l'expression des usagers sur le fonctionnement du CEPIAD

Les usagers doivent avoir plus de moyens d'expression. Ils ont d'ailleurs exprimé vouloir participer davantage à son fonctionnement, lors du retour que nous leur avons fait sur l'enquête de satisfaction. Cela permettra notamment de coller au plus près de leur besoin en termes d'activités de convivialité et d'autonomisation. Leurs formes pourraient être améliorées grâce à des formations spécifiques d'animation et grâce à une participation plus active des usagers.

IV. Favoriser le contact avec de nouveaux consommateurs et consommatrices

Le CEPIAD se doit de toucher un plus grand nombre d'usagers, notamment des femmes, afin de les faire bénéficier des activités de réduction des risques et de services dédiés. Les tests de dépistage mobiles peuvent être un outil pour y parvenir, ou d'autres méthodes à définir, comme un partenariat avec les associations prenant en charge les travailleuses du sexe.

V. Améliorer le suivi global et régulier des patients

Le suivi des patients, qu'ils soient sous méthadone ou non, et le suivi des dépistages, sont des points à améliorer.

En ce qui concerne les suivis des patients IST, VIH, VHC, VHB ou tuberculose positifs, nous recommandons un suivi plus approfondi, qui peut notamment passer par une aide à l'observance des médicaments disponibles. La disponibilité des médicaments antirétroviraux et anti-tuberculeux au CEPIAD pourrait être un moyen d'accroître cette observance. Par ailleurs, concernant les tests de dépistage nous recommandons un meilleur suivi, du conseil pré-test au médecin prescripteur en passant par le prélèvement, le retour des résultats à l'infirmerie, le remplissage des résultats ainsi que et surtout à l'annonce du résultat. Pour cela, nous proposons que le dossier de suivi soit augmenté d'une partie sur l'annonce des

résultats avec date et commentaires. Nous recommandons que le patient reçoive ses résultats (positif ou négatif) de sérologies VIH et VHC en un temps donné (par exemple 15 jours maximum), et que la date de l'annonce soit notifiée dans le dossier patient.

Concernant le programme méthadone, nous recommandons une plus grande adaptabilité pour les patients, avec notamment des horaires choisis par eux, une information en cas de modification des horaires, ainsi qu'une réflexion concernant l'emport à domicile de la méthadone. Les programmes d'échange de seringues et méthadone ont chacun leur référentiel ; nous recommandons d'en créer un pour chacune des neuf activités prônées par l'OMS. Nous recommandons aussi de ne pas négliger les autres interventions, en particulier le traitement de sevrage et la distribution de préservatifs.

Une revue des dossiers patients ou un espace dédié pour évoquer leurs cas, à fréquence hebdomadaire, permettrait de mieux suivre les patients, que ce soit sur le plan médical, psychologique ou social.

Conclusion

La particularité du CEPIAD est de combiner diverses approches, celle de la rue avec une équipe de terrain dédiée, celle d'un centre médico-social et celle d'un centre ouvert à tous, pour des activités de convivialité, d'autonomisation et de bien-être.

Le CEPIAD dispose d'un panel d'interventions qui permettent de réduire les risques liés à l'usage de drogues comme les tests de dépistages VIH et VHC, le traitement de substitution aux opiacés, le programme d'échange de seringues, les causeries.

L'analyse descriptive et l'évaluation des atouts et des faiblesses du CEPIAD a conduit à formuler des propositions d'améliorations sous forme de recommandations. Nous avons pu mettre en avant la richesse des sources d'information et leur nécessité d'être opérationnelles et de qualité. Il reste à améliorer notamment le suivi régulier de tous les patients et l'appui psycho-social comme l'aide à la réinsertion professionnelle. Par ailleurs, l'intégration effective des services (tuberculose, VIH, VHC) et l'accès des femmes aux différentes activités et interventions du CEPIAD doivent être développés. Ces améliorations sont soumises à la formation des ressources humaines, et à la disponibilité des ressources matérielles, d'information et financières. En outre, l'avis des usagers doit être plus écouté et pris en compte, notamment pour le fonctionnement du CEPIAD à Fann.

En conclusion, nous pouvons dire que le CEPIAD, premier centre dédié aux addictions en Afrique de l'Ouest, répond globalement aux objectifs de réduction des risques et à une prise en charge intégrée envers les consommateurs de drogues injectables de Dakar. Nous espérons que ce premier travail d'évaluation sera poursuivi et ultérieurement enrichi et adapté au fonctionnement de routine du centre.

Bibliographie

1. UNODC. World Drug Report 2014 [Internet]. [cité 23 févr 2015]. Disponible sur: http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf
2. Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, Wiessing L, Hickman M, Strathdee SA, et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet*. nov 2008;372(9651):1733-45.
3. Nelson P, Mathers B, Cowie B, Hagan H, Jarlais DD, Horyniak D, et al. The epidemiology of viral hepatitis among people who inject drugs: Results of global systematic reviews. *Lancet*. 13 août 2011;378(9791):571-83.
4. Degenhardt L, Hall W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *The Lancet*. 7 janv 2012;379(9810):55-70.
5. Reid SR. Injection drug use, unsafe medical injections, and HIV in Africa: a systematic review. *Harm Reduct J*. août 2009;6:24.
6. ONUDC. Programme régional pour l'Afrique de l'Ouest 2010-2014 [Internet]. 2011 [cité 24 févr 2015]. Disponible sur: https://www.unodc.org/documents/westandcentralafrica/final_e-book_FRENCH.pdf
7. CNLS. Programme de lutte contre l'infection à VIH et autres comorbidités chez les consommateurs de drogues injectables 2012-2015 [Internet]. [cité 23 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.pplateforme-elsa.org/wp-content/uploads/2014/10/SNG-H-CNLS-Plan-strategique-CDI-21-Nov13.pdf>
8. Agence Nationale de Statistique et de la Démographie. Rapport définitif Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage [Internet]. 2013 [cité 9 août 2015]. Disponible sur: <http://www.ansd.sn/ressources/RGPHAE-2013/ressources/doc/pdf/Rapport-definitif-RGPHAE2013.pdf>
9. Inserm. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues [Internet]. Les éditions Inserm. Paris; 2010 [cité 9 août 2015]. 573 p. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/86>
10. InVS. Dossier thématique Usagers de drogues [Internet]. 2011 [cité 24 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Usagers-de-drogues/Aide-memoire>
11. WHO, UNODC, UNAIDS. For Countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users [Internet]. 2012 [cité 24 févr 2015]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379_eng.pdf?ua=1
12. Commission mondiale pour la politique des drogues. La guerre aux drogues [Internet]. 2011 [cité 23 févr 2015]. Disponible sur: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/Global_Commission_Report_French.pdf
13. OMS. VIH et consommateurs de drogues par injection [Internet]. WHO. 2015 [cité 24 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/about/fr/>
14. WHO. Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users [Internet]. 2005 [cité 23 févr 2015]. Disponible sur: http://www.who.int/hiv/pub/idu/drugdependence_final.pdf

15. OMS. Épidémie de VIH/sida en Europe : transmission du VIH par injection de drogues [Internet]. 2014 [cité 24 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/communicable-diseases/hiv-aids/news/news/2014/05/hiv-aids-epidemic-in-europe-hiv-transmission-through-injecting-drug-use>
16. WHO. Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users [Internet]. 2004 [cité 23 févr 2015]. Disponible sur: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591528.pdf?ua=1>
17. Raguin G, Leprêtre A, Toufik A, Brücker G. Usage de drogues et VIH en Afrique de l'Ouest : un tabou et une épidémie négligée [Internet]. 2010 [cité 20 févr 2015]. Disponible sur: <http://vih.org/20100823/usage-drogues-et-vih-en-afrique-louest-tabou-et-epidemie-neglige/57487>
18. FICR. À l'abri du danger - Consommateurs de drogues injectables et réduction des risques [Internet]. 2010 [cité 9 août 2015]. Disponible sur: <https://www.ifrc.org/Global/Publications/Health/Harm%20reduction%20report-FR-LR.pdf>
19. Leprêtre A, Ba I. Etude ANRS 12243 Rapport final [Internet]. 2014 [cité 23 févr 2015]. Disponible sur: http://www.crcf.sn/wp-content/uploads/2014/03/Rapport-final-e%CC%81tude-ANRS-12243_Fev2014.pdf
20. WACD. Pas seulement une zone de transit - Drogues, Etat et société en Afrique de l'Ouest [Internet]. 2014 [cité 6 août 2015]. Disponible sur: http://www.wacommissionondrugs.org/WACD_report_June_2014_french.pdf
21. CNLS. Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida 2014-2017 [Internet]. [cité 9 août 2015]. Disponible sur: <http://www.cnls-senegal.org/pdf/2015/PSN%202014-2017.pdf>
22. Banque Mondiale. Prévalence du VIH [Internet]. 2013 [cité 9 août 2015]. Disponible sur: <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DYN.AIDS.ZS>
23. PNLH Sénégal. Epidémiologie au Sénégal [Internet]. [cité 9 août 2015]. Disponible sur: <http://www.hepatites.sn/le-pnlh/les-hepatites-au-senegal.html>
24. Leprêtre A, Ba I, Lacombe K, Maynard M, Toufik A, Ndiaye O, et al. Prevalence and behavioural risks for HIV and HCV infections in a population of drug users of Dakar, Senegal: the ANRS 12243 UDSEN study. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 22 mai 2015 [cité 6 août 2015];18(1). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4442125/>
25. Ba I, Leprêtre A, Maynard M. Ouverture du CEPIAD à Dakar, premier centre méthadone en Afrique de l'Ouest. 2015 [cité 9 août 2015]; Disponible sur: <http://vih.org/sites/default/files/swaps78.pdf>
26. Pin S, Fournier C, Lamboy B, Guilbert P. Les études d'évaluation à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. In Saint-Denis: INPES; 2007 [cité 7 nov 2015]. p. 8. Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/evaluation/pdf/evaluation-sante_2008_01.pdf
27. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Avargues MC. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Rev Dépidémiologie Santé Publique*. déc 2000;48(6):517-39.
28. Direction générale de la cohésion sociale. Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux [Internet]. 2011 [cité 7 août 2015]. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/OCTOBRE_sems.pdf

29. Lopez A, Rémy P-L. Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé [Internet]. 2007 [cité 16 août 2015]. Disponible sur: http://www.uquebec.ca/observgo/fichiers/14835_GSS3.pdf
30. Direction Générale de l'Offre de Soins. Indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) [Internet]. 2015 [cité 7 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/indicateur-de-la-satisfaction-des-patients-hospitalises-i-satis,11357.html>
31. Caroff T. Guide méthodologique pour l'évaluation interne en Caarud [Internet]. 2012 [cité 26 févr 2015]. Disponible sur: http://a-f-r.org/sites/default/files/fichier/2012_afr_guide_methodologique_pour_levaulation_interne_en_caarud.pdf
32. Etienne C, Delahaye T. Référentiel d'auto-évaluation - Secteur médico-social en addictologie - CSAPA et CAARUD [Internet]. 2008 [cité 26 févr 2015]. Disponible sur: http://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2012/02/referentiel_autoevaluation.pdf
33. Etienne C, Delahaye T. Mener l'évaluation interne : pas de panique - Guide méthodologique [Internet]. 2008 [cité 26 févr 2015]. Disponible sur: http://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2012/02/guide_methodo_mener_evaluation_interne.pdf
34. ANAES. Principe de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé [Internet]. 2002 [cité 12 nov 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/demarche_qualite_2006_10_06__10_16_43_41.pdf
35. HAS. Référentiel d'évaluation des centres de santé [Internet]. 2007 [cité 2 avr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/referentiel_evaluation_centres_sante.pdf
36. Hesse C, Duhamel G. Evaluation du dispositif médicosocial de prise en charge des conduites addictives [Internet]. 2014 [cité 23 août 2015]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2013-119R_Dispositif_medicosocial.pdf

Annexes

Annexe 1 : Flux de la cocaïne vers l'Afrique de l'Ouest, 2010



Source : ONUDC, *Criminalité transnationale organisée en Afrique de l'Ouest : Une évaluation des menaces*, 2013

Annexe 2 : Déroulement du stage de master au CEPIAD, mars-août 2015, Sénégal

Organisation du travail de stage

Au début de mon stage, j'ai pu présenter aux membres de l'équipe médico-sociale du CEPIAD mon projet de recherche. Ainsi, mes quatre outils de recherche ont été validés par mes encadrants, les commanditaires de l'étude. En parallèle, le protocole de l'étude a été soumis et validé par le Comité National d'Ethique pour la Recherche en santé du Sénégal.

Ensuite, nous avons construit les outils, à partir de référentiels, en les adaptant. Concernant la récolte des données, nous l'avons réalisée seule pour les données patient, les indicateurs d'un centre médico-social dédié aux addictions et des activités de réductions des risques. Nous avons dû procéder au nettoyage d'une base de données avant son utilisation, afin d'avoir des données plus fiables, dans le cadre des activités de RdR. Pour l'enquête de satisfaction, nous nous sommes partagé les tâches avec une facilitateur/traductrice, Rose-André Faye, étudiante en sociologie et parlant le wolof, extérieure au CEPIAD. Elle a été présente deux matinées par semaine durant un mois afin d'administrer le questionnaire aux volontaires. Son travail a également été de chercher des volontaires et de saisir leurs réponses dans un masque de saisie. Pour notre part, nous nous sommes occupée de la logistique et de présenter le questionnaire en son absence.

Aussi, nous avons créé une base de données pour informatiser les dossiers patients. Toutefois celle-ci n'a pas été utilisée. Malgré sa capacité opérationnelle dès fin mai, notre référente nous a demandé d'attendre l'arrivée de la base de données du CEPIAD (ProGDis). Fin juin début juillet, nous avons assisté à quatre séances de formation à distance, et nous avons pris en charge une partie de la finalisation de la programmation. Ensuite nous avons passé deux semaines à saisir 180 dossiers patients avec l'aide de Joana Touré, opératrice de saisie, ainsi que pour 62 d'entre eux, les références relatives à leurs doses de méthadone.

Nous sommes devenue l'une des rares personnes du CEPIAD à maîtriser cet outil. Nous avons initié certains professionnels et créé des tutoriels ainsi que des notes de conseils. Nous en avons profité pour proposer une nouvelle version du dossier patient, de façon à ce qu'il corresponde mieux au logiciel : les volets réorganisés, quelques items introduits et des modalités de réponses harmonisées. Enfin, nous avons saisi les données et les avons analysées, avant de terminer la rédaction du mémoire.

Considérations financières

Les dépenses pour le projet d'étude ont été prises en charge par l'IRD grâce à ma directrice de stage de master. L'IRD devait être notre structure d'accueil. Toutefois, comme le CEPIAD dépend du service de psychiatrie, la convention a dû être établie au dernier moment avec le Pr Habib Thiam, médecin chef du service de psychiatrie de Fann. L'enveloppe étant toujours disponible, elle a permis de couvrir les frais de comité d'éthique (150€), les frais de photocopies (25€) et la rémunération du facilitateur de l'enquête de satisfaction (245€). Le CEPIAD a pris à sa charge la rémunération de l'opératrice de saisie. Il n'y a pas eu d'indemnités de stage. La fondation de l'université de Bordeaux m'a octroyé la bourse FidEx international qui a pris en charge les frais de séjour et de voyage.

Annexe 3 : Calendrier des activités prévues et réalisées durant le stage de master au CEPIAD, mars-août 2015, Sénégal

Mois	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
Activités	30-31	1-15 16-30	1-15 16-31	1-15 16-30	1-15 16-31	1-15 16-28
Finalisation du dossier du comité d'éthique et réponse	Prévue	Réalisée	Réalisée			
Présentation des études au CEPIAD	Réalisée	Réalisée	Réalisée			
Création des 4 outils	Prévue	Réalisée	Réalisée			
Fiche de recueil de données dossier patient		Réalisée	Réalisée			
Grille de recueil et d'observation indicateurs d'un centre d'addictologie		Réalisée	Réalisée			
Questionnaire de satisfaction patient		Réalisée	Réalisée			
Grille de recueil et d'observation indicateurs des activités de RdR		Réalisée	Réalisée			
Création d'une base de données (non utilisée)	Prévue	Réalisée	Réalisée			
Programmation et formations à la base de données du CEPIAD				Réalisée	Réalisée	
Collecte des données			Prévue	Prévue		
Dossier patient					Réalisée	Réalisée
Indicateurs centre addictologie					Réalisée	Réalisée
Satisfaction				Réalisée	Réalisée	
Indicateurs d'activités RdR				Réalisée	Réalisée	Réalisée
Saisie des données				Prévue	Prévue	Réalisée
Analyse des données					Prévue	Réalisée
Rédaction du mémoire					Réalisée	Réalisée
Présentation des résultats au CEPIAD					Réalisée	Réalisée
Autres						
Participation au comité d'inclusion méthadone		Réalisée	Réalisée			
Participation au staff du CEPIAD		Réalisée	Réalisée	Réalisée	Réalisée	Réalisée
Participation aux activités avec les usagers		Réalisée	Réalisée		Réalisée	Réalisée
Participation au staff du CRCF		Réalisée	Réalisée			
Participation à des colloques CEPIAD/CRCF		Réalisée	Réalisée	Réalisée		

Légende :
 Activité prévue
 Activité réalisée

Annexe 4 : Présentation résumée du protocole de recherche

Questions de recherche spécifiques	Objectifs spécifiques	Techniques d'investigation	Outils et méthodes	Données à recueillir	Auprès de qui/quoi ?	Méthode d'analyse
Les objectifs fixés par le CEPIAD correspondent-ils aux besoins des consommateurs de drogues injectables ayant recours au CEPIAD ?	1/Examiner la pertinence du dispositif de prise en charge du CEPIAD pour les consommateurs de drogues injectables ayant ouvert un dossier patient	Recherche dans les dossiers patient	-Fiche de recueil de données (Dossiers patients) Méthode quantitative	Profil médico-social des consommateurs de drogues injectables	-Gestionnaire des données -Personnes et partenaires à l'origine du CEPIAD	Analyse des objectifs et des besoins
Les services que le CEPIAD propose aux usagers sont-ils de qualité et sont acceptés par les patients ?	2/Evaluer la cohérence et l'acceptabilité de la prise en charge intégrée proposée au travers des services offerts au CEPIAD	Enquêtes : -Indicateurs des activités d'un centre médico-social dédié aux addictions -Echelle de satisfaction pour les consommateurs de drogues injectables	-Grille d'observation et de recueil de données Méthode qualitative -Questionnaire patients Méthodes qualitative et quantitative	-Activités de prise en charge patients -Satisfaction des mesures et soins qui sont proposés au CEPIAD pour les consommateurs de drogues injectables	-Personnes et partenaires à l'origine du CEPIAD -Professionnels -Consommateurs de drogues injectables -Gestionnaire de données	-Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces -Open-Epi
En quoi le CEPIAD répond-t-il aux objectifs de réduction des risques envers les consommateurs de drogues injectables ?	3/Evaluer les activités de réduction des risques proposées par le CEPIAD, notamment en termes de qualité et de couverture par rapport aux références OMS	Enquête	Grille d'observation et de recueil de données Méthodes qualitative et quantitative	Indicateurs des activités de RdR mis en place au CEPIAD, et celles non mis en place	-Professionnels -Gestionnaire des données	Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces

Annexe 5 : Fiche de recueil de données dossier patient

Effectifs divers de prise en charge

Origine de la prise en charge

Patient lui-même

Equipe de terrain

Famille/amis

Autre hôpital/structures sanitaires, structures psy/ addicto

Connaissance de l'équipe de terrain, depuis l'année

2011 / 2012 / 2013 / 2014 / 2015

Mois de 1er accueil

Janvier / Février / Mars / Avril / Mai / Juin

Mois de prise en charge

Janvier / Février / Mars / Avril / Mai / Juin

Signalétique et social

Population (consommation au cours du derniers mois)

Consommateurs de drogues injectables

Injecteurs

Sexe

Femmes

Hommes

Situation matrimoniale

Seul(e) (célibataire, divorcé(e), séparé(e), veuf(ve))

En couple (marié(e), union libre, concubinage)

Niveau d'études

Faible (rien, primaire, école coranique)

Collège

Lycée et université

Logement

Non stable

Durable indépendant

Durable chez des proches

Sans domicile

Socio-professionnel

Non actif(ve)

Actif(ve) occupé(e) (emplois formel et informel)

Juridique

Historique d'incarcération

Sans incarcération

Sanitaire

Prévalence VIH

Co-infecté VHC

Co-infecté VHB

Prévalence VHC

Co-infecté VIH

Prévalence VHB

Co-infecté VIH

Reçu un soin pour addiction

Chez les injecteurs

Prévalence VIH

Prévalence VHC

Santé sexuelle

Rapport sexuel dans les 6 derniers mois

- Avec plus d'un partenaire (en dehors du conjoint)
- Utilisation du préservatif rare ou inexistante
- Contre de l'argent (contre avantage)

Pratiques et consommations

Consommation de drogues (mois précédent)

- Héroïne
- Cannabis
- Crack
- Alcool
- Benzodiazépines
- Cocaïne

Consommation de trois drogues ou plus

Prise quotidienne

- Héroïne
- Cannabis
- Benzodiazépines
- Alcool
- Crack
- Cocaïne

Mode de consommation héroïne

- Fumé
- Sniffé
- Injecté

Mode de consommation cocaïne

- Fumé
- Sniffé
- Injecté

Mode de consommation autre

- Crack : fumé
- Cannabis : fumé

Injecteurs : partage de seringues

Fumeurs (d'une drogue durant le dernier mois)

- Si oui, partage de pipe ou matériel voie orale

Sniffeurs (d'une drogue durant le dernier mois)

- Si oui, partage de paille ou matériel voie nasale

Moyenne d'âge d'initiation de la consommation de drogue (ans)

- Héroïne
- Crack
- Cocaïne
- Alcool
- Cannabis
- Benzodiazépines
- Injection
- Initiation héroïne avant 22 ans (%)
- Initiation cocaïne avant 23 ans (%)

Séjour(s) à l'étranger

- Si oui, drogues consommées

Annexe 6 : Questionnaire de satisfaction patients

Toute la mise en page n'a pas été respectée pour introduire le questionnaire en tant qu'annexe.

Satisfaction patient

Texte d'introduction pour expliquer ce questionnaire :

Le CEPIAD réalise une mesure la satisfaction auprès des patients du CEPIAD, consommateurs de drogues injectables. C'est une mesure anonyme et confidentielle. Cela a pour but de savoir si vous, les patients du CEPIAD, êtes satisfaits ou pas de l'offre du centre. Ceci permettra à tous les patients et les professionnels de connaître la satisfaction des patients. Si certains critères ne sont pas bons, ils seront pris en compte pour être améliorés.

C'est une participation anonyme et confidentielle et quelle que soit votre appréciation, ceci n'aura pas de répercussion négative sur la qualité des soins et sur l'offre du CEPIAD qui vous est proposée.

Si vous voulez plus d'information, vous pouvez demander à toute personne travaillant au CEPIAD. Si vous voulez répondre aux questions, vous pouvez demander le questionnaire à Eva à l'accueil. Il y a 25 questions de satisfaction. Si vous avez besoin d'aide pour répondre au questionnaire, vous pouvez demander de l'aide à Rose-André. Si vous ne souhaitez pas participer, pouvez-vous en donner la raison ?

Si vous ne souhaitez pas répondre à ce questionnaire, pouvez-vous juste en indiquer la raison :

- 1- Vous ne souhaitez pas vous exprimer sur votre refus
- 2- Vous n'avez pas le temps
- 3- Vous ne voulez pas vous exprimer sur le CEPIAD
- 4- Autre :
- 5- Vous souhaitez être recontacté(e) plus tard pour remplir ce questionnaire

Vous êtes :

- 0- Une femme
- 1- Un homme

Quel est votre âge ? ans

Vous fréquentez le CEPIAD depuis ?

- 2-Février
- 3-Mars
- 4-Avril
- 5-Mai

Quel est le produit que vous consommez principalement (produit principal pour lequel vous demandez une prise en charge au CEPIAD) ?

- 1- Héroïne
- 2- Cocaïne
- 3- Autre :
- 4- Je ne consomme plus de drogues injectables.

Etes-vous dans le programme méthadone ?

- 1- Oui
- 0- Non

Etes-vous payé(e) pour travailler au CEPIAD ?

- 1- Oui
- 0- Non

Il y a 25 questions de satisfaction. Il n'y a qu'une seule réponse possible par question, à cocher « ».

Pour que votre questionnaire soit pris en compte, toutes les questions doivent avoir une réponse.

Le fait d'émarger sur une feuille à l'accueil après avoir rempli le questionnaire, permet seulement de s'assurer qu'un seul questionnaire est rempli par patient.

Cette feuille d'émargement sera détruite dès la fin de mise à disposition du questionnaire.

1) Livret d'accueil

Avez-vous eu le livret d'accueil du CEPIAD ?

- 5- Oui, vous avez eu le livret d'accueil
- 1- Non, vous n'avez pas eu le livret d'accueil
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

2) Accueil

Que pensez-vous de la qualité de l'accueil au CEPIAD ? Est-elle ...

- 5- Excellente
- 4- Très bonne
- 3- Bonne
- 2- Mauvaise
- 1- Très mauvaise
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

3) Respect de la confidentialité

Que pensez-vous de la façon dont la confidentialité et le secret médical sont respectés au CEPIAD ?

- 5- Excellents
- 4- Très bons
- 3- Bons
- 2- Mauvais
- 1- Très mauvais
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

4) Accompagnement

Que pensez-vous de la façon dont vous avez été accompagné(e) à l'intérieur de l'hôpital, pour aller passer des examens ou vous conduire dans un autre service ?

- 6- Je ne suis pas concerné(e), je n'ai pas eu besoin d'être accompagné(e) à l'intérieur de l'hôpital
- 7- Je me suis déplacé(e) seul(e)
- 5- Excellente
- 4- Très bonne
- 3- Bonne
- 2- Mauvaise
- 1- Très mauvaise
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

5) Soins

Dans l'ensemble, pensez-vous que les soins que vous avez reçus au CEPIAD étaient ou les soins que vous recevez au CEPIAD sont... ?

- 5- Excellents
- 4- Très bons
- 3- Bons
- 2- Mauvais
- 1- Très mauvais
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

6) Médecins

Pensez-vous que les médecins, qui se sont occupés de vous, avaient une connaissance et une expérience de votre maladie ou de votre cas...

- 6- Je ne suis pas concerné(e), je n'ai pas eu à faire aux médecins
- 5- Excellentes
- 4- Très bonnes
- 3- Bonnes
- 2- Mauvaises
- 1- Très mauvaises
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

7) Infirmiers

Pensez-vous que les infirmiers, qui se sont occupés de vous, avaient une connaissance et une expérience de votre maladie ou de votre cas...

- 6- Je ne suis pas concerné(e), je n'ai pas eu à faire aux infirmiers
- 5- Excellente
- 4- Très bonne
- 3- Bonne
- 2- Mauvaise
- 1- Très mauvaise
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

8) Psychologues

Que pensez-vous de la façon dont les psychologues vous ont écouté(e) et conseillé(e) ? Diriez-vous qu'elle était ...

- 6- Je ne suis pas concerné(e), je n'ai pas eu à faire aux psychologues
- 5- Excellente
- 4- Très bonne
- 3- Bonne
- 2- Mauvaise
- 1- Très mauvaise
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

9) Assistants sociaux

Que pensez-vous de la façon dont les assistants sociaux vous ont écouté(e) et conseillé(e) ? Diriez-vous qu'elle était ...

- 6- Je ne suis pas concerné(e), je n'ai pas eu à faire aux assistants sociaux
- 5- Excellente
- 4- Très bonne
- 3- Bonne
- 2- Mauvaise
- 1- Très mauvaise
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

10) Equipe de terrain

Que pensez-vous de la façon dont les membres de l'équipe de terrain vous ont écouté(e) et conseillé(e) ? Diriez-vous qu'elle était ...

- 6- Je ne suis pas concerné(e), je n'ai pas eu à faire à l'équipe de terrain
- 5- Excellente
- 4- Très bonne
- 3- Bonne
- 2- Mauvaise
- 1- Très mauvaise
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

11) Compréhension

Que pensez-vous des mots utilisés par les professionnels lorsqu'il parle de votre maladie, de votre cas, des drogues ? Diriez-vous qu'il s'adapte à votre compréhension de façon ...

- 5- Excellente
- 4- Très bonne
- 3- Bonne
- 2- Mauvaise
- 1- Très mauvaise
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

12) Relation avec les professionnels

Que pensez-vous de la relation que vous avez avec les professionnels du CEPIAD ? Diriez-vous qu'elle est ...

- 5- Excellente
- 4- Très bonne
- 3- Bonne
- 2- Mauvaise
- 1- Très mauvaise
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

13) Disponibilité des professionnels

Que pensez-vous de la disponibilité des professionnels du CEPIAD ? Diriez-vous qu'elle est ...

- 5- Excellente
- 4- Très bonne
- 3- Bonne
- 2- Mauvaise
- 1- Très mauvaise
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

14) Information sur le suivi

Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée après une consultation médico-sociale (vos prochains rendez-vous, vos prochaines étapes) ? Diriez-vous qu'elle était ...

- 7- Aucune information ne m'a été donnée
- 5- Excellente
- 4- Très bonne
- 3- Bonne
- 2- Mauvaise
- 1- Très mauvaise
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

15) Activités de convivialités et d'autonomisation

Que pensez-vous de la qualité des activités de convivialité et d'autonomisation qui sont proposées au CEPIAD (arthérapie, repas communautaire, micro-jardinage, etc...) ? Diriez-vous qu'elle est ...

- 6- Je ne suis pas concerné(e), je n'ai pas participé à ces activités
- 5- Excellente
- 4- Très bonne
- 3- Bonne
- 2- Mauvaise
- 1- Très mauvaise
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

16) Activités de convivialité et d'autonomisation

Que pensez-vous de la diversité des activités de convivialité et d'autonomisation qui sont proposées au CEPIAD (arthérapie, repas communautaire, musique, relaxation, lecture, informatique, micro-jardinage, séances vidéo etc...) ? Diriez-vous qu'elle est ...

- 6- Je ne suis pas concerné(e), je n'ai pas participé à ces activités
- 5- Excellente
- 4- Très bonne
- 3- Bonne
- 2- Mauvaise
- 1- Très mauvaise
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

17) Informations sur les risques

Que pensez-vous des informations sur les drogues, les risques et les maladies, qui vous sont données au CEPIAD (que ce soit lors des causeries ou avec les professionnels) ? Diriez-vous qu'elles sont ...

- 8- Aucune information ne m'a été donnée
- 5- Excellentes
- 4- Très bonnes
- 3- Bonnes
- 2- Mauvaises
- 1- Très mauvaises
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

18) Matériel gratuit

Que pensez-vous de l'accessibilité au matériel de réduction des risques disponible gratuitement (préservatifs, matériel d'injection stérile, ...) ?

- 5- Excellente
- 4- Très bonne
- 3- Bonne
- 2- Mauvaise
- 1- Très mauvaise
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

19) Douche et linge

Que pensez-vous de l'accessibilité à des soins d'hygiène (douches, lavage de linge) au niveau du CEPIAD ?

- 5- Excellent
- 4- Très bon
- 3- Bon
- 2- Mauvais
- 1- Très mauvais
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

20) Bien être au CEPIAD

Que pensez-vous de votre bien être lorsque vous vous trouvez au CEPIAD ? Diriez-vous qu'il est ...

- 5- Excellent
- 4- Très bon
- 3- Bon
- 2- Mauvais
- 1- Très mauvais
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

21) Etat de santé

Depuis que vous fréquentez le CEPIAD, pensez-vous que votre état de santé s'est amélioré ?

- 5- Oui, beaucoup
- 4- Oui, vraiment
- 3- Oui, un peu
- 2- Non, au contraire cela s'est un peu dégradé
- 1- Non, au contraire cela s'est beaucoup dégradé
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

22) Entourage familial

Depuis que vous fréquentez le CEPIAD, pensez-vous que les relations avec votre entourage familial se sont améliorées ?

- 6- Je ne suis pas concerné(e)
- 5- Oui, beaucoup
- 4- Oui, vraiment
- 3- Oui, un peu
- 2- Non, au contraire cela s'est un peu dégradé
- 1- Non, au contraire cela s'est beaucoup dégradé
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

23) Situation professionnelle

Depuis que vous fréquentez le CEPIAD, pensez-vous que votre situation professionnelle s'est améliorée ?

- 6- Je ne suis pas concerné(e)
- 5- Oui, beaucoup
- 4- Oui, vraiment
- 3- Oui, un peu
- 2- Non, au contraire cela s'est un peu dégradé
- 1- Non, au contraire cela s'est beaucoup dégradé
- 9- Je ne sais pas
- 10- Je ne souhaite pas répondre à cette question

24) Est-ce que vous avez des besoins qui n'ont pas encore trouvé de réponse ? Si oui, pouvez-vous en parler ?

25) Notez ici tout complément de réponse que vous souhaitez apporter, remarque et critique.

Annexe 7 : Grille d'indicateurs d'un centre médico-social dédié aux addictions

Les thèmes 1 à 7 font partis des indicateurs « projet et gestion du centre », non évalués pour cette étude. Seuls les thèmes 8 à 15, portant sur les missions et la prise en charge ont été évalués. Les 15 indicateurs auraient révélé plus globalement le fonctionnement du CEPIAD.

8. Accès à la prise en charge

Référence 8.a : Le centre favorise l'accès de tous aux soins.

- Le centre applique la gratuité pour les consommateurs de drogues injectables au sein du CEPIAD (consultations médico-sociales, soins infirmiers, programme méthadone, causeries, activités de convivialité et d'autonomisation).
- Les consultations spécialisées payantes du CEPIAD sont du même ordre de prix que les consultations spécialisées de l'hôpital.
- Les consultations spécialisées pour les CDI en dehors du CEPIAD (prescrites par le CEPIAD) sont gratuites
- Le centre prend en compte la pluralité des langues parlées au Sénégal.

Référence 8.b : Le centre favorise l'accès physique des personnes.

- Une signalétique externe aux environs du centre facilite sa localisation.
- L'accès au centre est facilité depuis l'extérieur de l'hôpital
- Le centre étudie les conditions d'accessibilité physique au bâtiment, y compris pour les personnes en situation de handicap (plan incliné à l'entrée principale pour favoriser l'accès des personnes à mobilité réduite, pictogramme d'identification sur la façade).
- La mobilité des patients à l'intérieur du centre est aisée, y compris pour les personnes en situation de handicap.
- Les difficultés spécifiques aux personnes en situation de handicap sont systématiquement prises en compte lors des modifications de structure ou de fonctionnement du centre.

Référence 8.c : Le centre propose des solutions de prise en charge à tout moment.

- Le centre affiche les horaires d'ouverture et ses différentes activités à l'intérieur et à l'extérieur du centre, ainsi que sur tous les supports jugés pertinents (plaquette, site Internet).
- Le centre a défini ses horaires d'ouverture de façon à favoriser la permanence des soins.
- Le centre indique clairement dans un message d'accueil téléphonique les orientations proposées en dehors de ses heures d'ouverture (structures, personnes, adresses, numéros de téléphone). Cette information est présente sur tous les supports jugés pertinents.
- Le centre indique à l'extérieur les coordonnées des services de garde en dehors des heures d'ouverture (noms, adresses, numéros de téléphone). Cette information est présente sur tous les supports jugés pertinents.
- Le centre est organisé afin de permettre l'accueil de patients pour des soins non programmés (« urgences »).

Référence 8.d : Le centre favorise une prise en charge globale des personnes.

- Le centre réalise ou participe à des actions de prévention en mettant en œuvre des actions spécifiques au sein du centre (sortie de l'équipe de terrain, causeries, affiches, dépliants) et/ou en mettant en œuvre des actions avec des partenaires externes au centre.
- Le centre recherche des financements spécifiques pour la mise en œuvre de certaines actions de prévention ou d'éducation à la santé.
- Le centre a défini des modalités de prise en charge assurant le respect des droits, de l'intégrité et de l'information du patient.
- Le centre a défini des modes de collaboration entre les différents services (médical, infirmier, social, psychologique, activités de convivialités).
- Le centre réfère les patients vers un autre service de l'hôpital, quand ce service n'est pas disponible au centre (radiologie, cardiologie, dentisterie, ophtalmologie, maladie infectieuse, ...).
- Le centre accompagne les patients pour leurs consultations hors du centre (radiologie, cardiologie, dentisterie, ophtalmologie, maladie infectieuse, ...).

9. Accueil, attente

Référence 9.a : Le centre accueille toute personne (usager, entourage, autres) se présentant ou téléphonant

- Un accueil téléphonique est assuré par le centre.

- Toute personne qui se présente bénéficie d'un accueil.
- Les membres du personnel qui exercent cet accueil téléphonique ou physique ont reçu une formation spécifique.
- L'accueil est personnalisé et tient compte de la situation et du comportement de l'utilisateur accueilli.
- Le premier contact est suivi d'un rendez-vous dans les meilleurs délais.
- Des temps d'accueil collectif en accès libre, animés par l'équipe, peuvent être proposés aux usagers.
- En amont de l'accueil, la structure mène un travail de rue.
- L'équipe est préparée à gérer si nécessaire les comportements agressifs des personnes accueillies.
- Des fiches de procédures d'accueil téléphonique et physique permettent de recueillir les premiers éléments nécessaires à une prise de rendez-vous et d'accueillir chaque personne se présentant au CEPIAD.
- Une attention particulière est portée à l'attention des personnes non familières du centre (journalistes, forces de police), qui pourraient nuire à l'intimité des usagers.

Référence 9.b : Le centre accorde un soin particulier à la qualité de l'accueil, base d'une relation de confiance

- Le répondeur téléphonique du centre est systématiquement mis en service en dehors des heures d'ouverture du secrétariat.
- Un personnel suffisant est situé à l'accueil afin de se rendre disponible pour accompagner un usager et répondre à l'affluence.
- Les accueillants adoptent une attitude empathique et bienveillante.
- L'accueil permet de présenter le centre à la personne.
- Le lieu d'accueil est accessible (implantation, horaires adaptés, etc.).
- Les personnes sont informées de la possibilité d'anonymat.
- Le lieu et le déroulement de l'accueil permettent d'assurer la confidentialité des informations recueillies.
- La configuration des lieux et la signalétique facilitent l'orientation du patient à l'intérieur du centre.

Référence 9.c : Les conditions d'attente sont adaptées.

- Les lieux d'attente sont confortables.
 - Les sièges sont en nombre suffisant, en bon état.
 - Les conditions d'hygiène des locaux définies par le centre sont respectées.
 - Une attention particulière est portée sur l'hygiène et la propreté des toilettes.
 - Le centre a engagé une réflexion sur la réduction du bruit afin d'assurer le meilleur confort d'accueil pour les patients et de bonnes conditions de travail pour les personnels.
- Les supports de communication affichés ou mis à la disposition des patients ne sont pas à visée publicitaire ou commerciale directe ou indirecte.
- Les lieux d'attente permettent le respect de la confidentialité.
- Le patient est informé des retards éventuels.
 - Le patient est informé du temps d'attente prévisible.
 - Les retards sont expliqués au patient, dans la mesure du possible
 - Le patient se voit proposer une alternative lorsque le délai d'attente ne lui convient pas.
- La gestion des situations conflictuelles est organisée.
 - Les personnels ont été formés au repérage et à la gestion des conflits.
 - Des modalités d'intervention ont été définies.
- Une attention particulière est portée aux patients et circulants dans le centre, notamment à l'étage.
- Un système de gestion (tickets, feuilles d'arrivée) permet de connaître l'ordre de passage des patients.

10. Droits, devoirs, expression des usagers

Référence 10.a : Le centre favorise la connaissance par les usagers de leurs droits et devoirs

- Le centre informe systématiquement et clairement les usagers de leurs droits et obligations
- Le centre remet à chaque usager le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et la charte des droits et libertés
- Ce livret a été élaboré en coopération avec les usagers.
- Le règlement de fonctionnement du centre est affiché, visible par tous.

- La charte des droits et des libertés de l'utilisateur est affichée, visible par tous.
- Le centre offre la possibilité d'anonymat.
- La demande de prise en charge est établie conjointement entre le professionnel et l'utilisateur
- La liste des personnes qualifiées est mise à disposition des usagers
- Le traitement des transgressions fait l'objet d'une réflexion et d'une formalisation.

Référence 10.b : Le centre informe des modalités de prise en charge

- Le centre diffuse une information adaptée aux demandes et aux besoins des usagers.
- L'équipe répond aux demandes d'information générale de membres de l'entourage des usagers.
- Les professionnels s'assurent de la compréhension de ces informations par l'utilisateur afin notamment de recueillir son consentement éclairé aux propositions de prise en charge.
- Des informations sont données au moment de l'accueil et tout au long de la prise en charge.
- L'équipe cherche à favoriser l'appropriation des informations par l'utilisateur.
- Les professionnels informent individuellement les usagers.
- Le centre organise des réunions d'information collective.
- Des brochures et documents écrits sont mis à la disposition des usagers.
- Des informations sont affichées ou sont diffusées par le biais de moyens audio-visuels et informatiques (vidéos, site Internet, ...).

Référence 10.c : Le centre favorise l'expression et la participation des usagers à son fonctionnement

- Un conseil de vie sociale ou un groupe d'expression est mis en œuvre.
- Une boîte à idées, suggestions, avis est disponibles au niveau de l'accueil.
- Les avis et suggestions émis sont pris en considérations.
- Des enquêtes de satisfaction sont réalisées et exploitées et conduisent à la mise en œuvre d'actions d'amélioration.
- Les résultats des enquêtes de satisfaction sont communiqués à l'ensemble du personnel pour information et association aux actions d'amélioration.
- Les résultats des enquêtes de satisfaction sont communiqués aux patients : individuellement sur demande (précisée lors de l'enquête), et par affichage interne (résultats de l'enquête et actions d'amélioration éventuellement mises en place).
- Les modalités d'administration des enquêtes doivent permettre de sélectionner un échantillon représentatif de la population ciblée par l'enquête (nombre suffisant de patients interrogés, à des moments différents, âge, sexe, etc.).
- Les usagers sont invités à participer à des groupes d'auto-support.
- Les usagers ont la possibilité de remplir certaines fonctions au sein du centre.
- Les associations d'usagers sont sollicitées pour coopérer à des projets.
- Le centre informe l'utilisateur de sa possibilité d'accès à son dossier.
- Le centre a défini une procédure de prise en charge des plaintes et réclamations éventuellement en désignant une personne ressource.
- Le dossier de l'utilisateur est renseigné régulièrement par les professionnels.

11. Prise en charge intégrée

Référence 11.a : Le centre met en œuvre une évaluation globale de la demande et de la situation de l'utilisateur

- L'évaluation passe par le recueil de données partagées sur trois axes : médical, addictologie et social.
- L'évaluation de la demande et de la situation de l'utilisateur est conduite selon une procédure formalisée.
- L'évaluation tient compte de la demande de l'utilisateur.
- L'évaluation permet d'identifier les besoins d'aide et d'accompagnement de l'entourage de l'utilisateur.
- Les informations recueillies pendant les entretiens sont partagées et analysées en équipe.
- L'évaluation permet de définir des objectifs communs à l'ensemble des professionnels de l'équipe.
- L'évaluation de la demande et de la situation de l'utilisateur débouche sur un suivi interne et/ou une orientation externe.
- L'évaluation est affinée par l'équipe au fur et à mesure des rencontres de l'utilisateur avec les intervenants spécialisés.

Référence 11.b : Le centre propose un suivi qui prend en compte toutes les dimensions de la situation, de l'expérience, du mode de vie de l'utilisateur

- Le centre favorise une pratique professionnelle transdisciplinaire destinée à faire évoluer en complémentarité tous les aspects de la situation de l'utilisateur.
- Un travail étroit de coopération avec les partenaires extérieurs est organisé.
- La coordination des interventions internes et externes est organisée pour en garantir la cohérence.
- Le projet de soin du centre intègre les différentes composantes, médicale, addictologique et sociale.
- C'est à partir du niveau d'attente de l'utilisateur et de l'évaluation globale de sa situation, que les propositions d'accompagnement et de suivi sont élaborées.
- Un cadre d'accompagnement définissant des priorités et des engagements mutuels est négocié et co-construit avec l'utilisateur.
- Les objectifs concrets, les accords définis avec l'utilisateur sont régulièrement revus avec lui.
- Les étapes du parcours sont ponctuées par des bilans intermédiaires formalisés (bilans trimestriels, ...).
- En cas de rupture de prise en charge, une orientation est proposée.

Référence 11.c : Le centre propose ou facilite l'accès à l'entourage à différentes formes de soutien

- Les professionnels sont disponibles pour accueillir les personnes de l'entourage de l'utilisateur.
- Ils leur proposent des entretiens individuels d'écoute, de soutien, d'éducation, ...
- Des entretiens de médiation entre usagers et familles sont proposés.
- L'équipe propose / ou oriente vers des thérapies familiales.
- La constitution de groupes d'échanges informels est favorisée.

Référence 11.d : Le centre offre à l'utilisateur une palette de modalités d'intervention

- Le centre propose des entretiens individuels.
- Le centre propose des entretiens de groupe (groupe de pairs, groupe familial, ...).
- Le centre propose des groupes thérapeutiques.
- Le centre propose des ateliers de prévention en santé.
- Les intervenants proposent des interventions là où se trouvent les usagers.
- Le centre propose des ateliers de créativité/ des activités culturelles.
- Le centre propose des ateliers de bien-être/image de soi.
- Le centre propose des ateliers d'insertion, d'autonomisation.

12. Suivi médico-social

Référence 12.a : Le centre assure un suivi médical et addictologique

- Le centre offre des consultations médicales et addictologiques.
- Des protocoles de prise en charge et de prescription ont été définis.
- Le centre assure ou s'assure de la continuité des soins.
- Un suivi infirmier est proposé.
- Le centre dispose d'un local et du matériel adaptés aux consultations et aux soins.
- Le médecin, en collaboration avec l'infirmier et le pharmacien, s'assure des conditions pratiques pour l'obtention des traitements et pour leur suivi.
- La prise en charge médicale prend en considération l'ensemble des perturbations somatiques liées à l'addiction.
- L'équipe travaille en collaboration avec des professionnels de santé extérieurs pour améliorer le soin aux usagers.
- Le centre prend en compte les co-morbidités psychiatriques.
- L'état nutritionnel et la pression artérielle sont régulièrement évalués.

Référence 12.b : Le centre assure un accompagnement psychologique

- Des consultations de professionnels qualifiés sont proposées.
- Le centre offre la possibilité d'un soutien psychologique.
- Le centre offre la possibilité d'un suivi psychothérapeutique.
- Les professionnels orientent le cas échéant vers les dispositifs de prise en charge psychologiques les mieux adaptés aux attentes des usagers.
- Le centre propose des ateliers à visée thérapeutique.

Référence 12.c : Le centre assure un accompagnement social et éducatif destiné à réactiver les compétences et ressources de l'usager

- Les travailleurs sociaux offrent un espace d'écoute et d'aide qui permet à l'usager de travailler sur l'évolution de ses liens sociaux, familiaux et affectifs.
- Les travailleurs sociaux proposent à l'usager de participer, en interne ou à l'extérieur, à des activités susceptibles de lui faire retrouver mieux être, confiance et estime de soi.
- Les travailleurs sociaux travaillent sur la motivation de l'usager (y compris à la démarche de soin).
- Du conseil et un soutien sont proposés pour l'aider à améliorer la qualité de sa vie quotidienne.
- L'usager dispose de toutes les informations nécessaires pour accéder ou retrouver ses droits sociaux.
- L'intervenant social accompagne physiquement l'usager dans certaines démarches lorsque cela est nécessaire.
- Du conseil et un soutien sont proposés pour l'aider à réaliser des démarches de réinsertion ou à s'adapter à certains contextes.
- Un travailleur social peut être référent du projet d'accompagnement et du parcours de soins d'un usager.

Référence 12.d : Le centre assure un suivi global régulier

- Le centre a les moyens de contacter un patient.
- Le centre fait régulièrement le point sur les dossiers patients non complets (les 3 volets ne sont pas remplis).
- Le centre fait régulièrement le point sur les patients ne venant pas régulièrement au centre ou perdus de vue.

Le centre organise régulièrement des réunions pour parler des patients, de leur suivi médico-social et de leurs projets hors du centre.

13. Intimité, sécurité et continuité des soins

Référence 13.a : L'intimité du patient, la quiétude au centre et la confidentialité des informations concernant le patient sont assurées.

- Lors des séances de soins l'intimité du patient est respectée.
- Lors des consultations médico-sociales l'intimité du patient est respectée.
- Lors du passage à la pharmacie, l'intimité du patient est respectée.
- L'organisation des activités dans le centre permet de préserver la quiétude des séances de soins et de consultations : l'ensemble du matériel nécessaire aux soins et consultations est installé en début de consultation ; des règles permettent de limiter les dérangements lors des séances de soins.
- Dans les locaux de consultation et de soins une attention particulière est portée au respect de la confidentialité, particulièrement lorsque l'isolation phonique n'est pas satisfaisante.
- La disposition des locaux favorise la confidentialité.

Référence 13.b : La sécurité du patient est assurée.

- Afin d'assurer la sécurité des patients, les professionnels élaborent ou s'approprient des protocoles (bactéries multi résistantes, tuberculose, ...).
- Afin d'assurer la sécurité des patients et de leur entourage une information est dispensée :
 - au patient sur les précautions à prendre liées à sa pathologie ou ses soins.
 - à l'entourage du patient sur les précautions à prendre liées à sa pathologie ou ses soins, dans le respect du secret professionnel.
- La pharmacie du centre se trouve dans un local sécurisé auquel n'ont accès que les personnes autorisées. Elle contient tous les médicaments utilisés par les professionnels.
- Un professionnel de santé identifié assure la gestion de la pharmacie : commandes, vérification des dates de péremption, etc.
- Pour chaque mise sous méthadone, le patient est placé en observation dans le centre.
- Les professionnels définissent des modalités d'évaluation de l'environnement et des conditions de vie des patients au domicile.
- Les risques liés à l'aménagement du domicile du patient font l'objet d'une réflexion collective, pour protéger au mieux les patients et leur entourage.

Référence 13.c : La continuité et la rétention dans les soins sont assurées.

- Pour assurer la rétention dans les soins à prodiguer à certains patients, un rendez-vous est systématiquement donné (infirmier, médical).

- Pour assurer la rétention dans les soins et pour la prise de médicaments, le centre appelle le patient ou sa personne contact.
- Le centre utilise un cahier de liaison interne infirmier pour suivre les soins à prodiguer.
- Le centre utilise un cahier de liaison interne infirmier pour suivre les bilans prescrits et leurs résultats.
- Les situations de soins complexes font l'objet d'échanges entre professionnels.
- Lors des échanges entre les professionnels et avec l'équipe de terrain, les professionnels veillent au respect du secret professionnel.

14. Réduction des risques

Ce thème est abordé, suivant les 9 interventions proposées par l'OMS, dans une autre évaluation (Annexe 8), avec des critères exprimés différemment (plus quantitatifs). Comme ces deux outils d'évaluation sont indépendants (et qu'ils ont été créés pour être réutilisés à deux moments différents), nous avons choisi d'aborder ce thème dans cette évaluation.

Référence 14.a : Le centre prévient et/ou traite les infections et les dommages sanitaires liés à la consommation

- Des messages d'informations, de prévention, d'éducation sur les pratiques à risques, sont diffusés sous toutes formes adaptées.
- Le centre distribue du matériel de réductions des risques.
- Le centre organise la récupération du matériel et responsabilise les usagers sur ce thème.
- Un protocole de prise en charge des accidents d'exposition au sang est défini.
- L'accès à l'hygiène est favorisé.
- Les professionnels proposent, orientent, accompagnent si nécessaire les usagers vers un dépistage.
- Les professionnels incitent aux vaccinations, aux bilans de santé.
- La mise en œuvre des traitements VIH/VHC est facilitée.
- Les professionnels sensibilisent les usagers à la question de leur alimentation.
- Le centre favorise le dialogue entre usagers et professionnels du centre, et entre usagers, sur les produits et les modes de consommation.

Référence 14.b : Le centre prévient les risques d'intoxication aiguë, de décès par surdose, de syndrome de sevrage, et les risques liés à des circonstances particulières de consommation

- L'équipe informe sur les produits, y compris les produits de substitution, et sur les effets des mélanges.
- L'équipe informe sur les syndromes de sevrage propres à chaque produit.
- L'équipe informe sur les contextes et les circonstances de consommation à risque.
- Un protocole de traitement de l'urgence a été élaboré.
- Le centre promeut la « formation aux premiers secours » auprès des professionnels du centre.
- La structure promeut la « formation aux premiers secours » auprès des usagers.

Référence 14.c : Le centre assure une mission d'éducation sanitaire

- L'équipe reconnaît et travaille en intégrant l'expertise des usagers en matière de connaissance des produits et des modes de consommation.
- Ces informations sont transmises et commentées à l'équipe, aux réseaux, aux usagers, aux pouvoirs publics.
- Le centre diffuse les messages de veille provenant des services de santé publique.

Référence 14.d : Le centre inscrit sa stratégie de réduction des risques en complémentarité avec d'autres dispositifs intervenant auprès des usagers de drogues

- Le centre organise des réunions d'information et de formation de certains partenaires sur la réduction des risques.
- Le centre favorise des rencontres régulières avec des partenaires partageant les mêmes missions de réduction des risques pour améliorer l'interconnaissance, la reconnaissance des spécificités de chacun, et leur implication dans des actions communes.
- Le centre explique les principes de la réduction des risques dans toutes ses rencontres partenariales.
- Le centre participe à la formation à la réduction des risques de ses professionnels.
- Le centre communique auprès des usagers sur les lieux/structures qui distribuent et récupèrent le matériel de RdR.

Référence 14.e : Le centre favorise la responsabilisation de l'utilisateur en ce qui concerne ses pratiques de consommation et ses choix

- Le centre adapte le dispositif de réduction des risques en fonction de la réalité des conditions de vie de l'utilisateur.
- La parole de l'utilisateur sur son expérience de consommation est entendue et respectée, même si elle est contradictoire avec le projet de soin.
- Le centre favorise les contacts des usagers avec les groupes d'auto-support.
- Le centre favorise l'éducation et l'entraide par les pairs.

15. Missions et actions particulières

Référence 15.a : Le centre développe des actions de formation et de recherche.

- Le centre organise pour des acteurs extérieurs (acteurs associatifs partenaires, professionnels et étudiants) des formations (initiale ou continue) sur les thématiques « addictologie », « usagers de drogues et conseils », « réduction des risques », etc.
- Le centre s'investit pour la mise en place d'un cursus universitaire et un diplôme d'addictologie (« science addiction») accessible aux psychiatres, médecins et infirmiers.
- Le centre s'assure que les médecins non psychiatres suivent aussi une formation en addictologie.
- Le centre élabore des manuels et protocoles nationaux pour les soins médicaux de sevrage (désintoxication) et de réhabilitation.
- Le centre participe à la conception et la mise en place d'un système d'accréditation des ONG en matière de programmes réduction des risques avec des critères de performances et des objectifs précis.
- Le centre formalise des stratégies et des méthodes d'intervention en réduction des risques (capitalisation de l'expérience).
- Le centre anime des travaux de création d'outils de réduction des risques à destination des CDI, en lien étroit avec les autres opérateurs concernés.
- Le centre participe à renforcer les capacités du dispositif national de réduction des risques (volet formation des équipes et des relais aux méthodes d'interventions, volet animation et gestion d'un programme réduction des risques combiné).
- Le centre est un lieu de recherches : épidémiologie, sciences sociales, santé publique, biomédicales, ...
- Le centre est un lieu de travaux d'étude : thèses, mémoire, ...

Référence 15.b : Le centre développe des actions de réinsertion socioprofessionnelle, et met en place des activités occupationnelles et d'autonomisation

- Des formations et activités génératrices de revenus (AGR) sont mises en œuvre en partenariat avec le réseau associatif.
- Des activités occupationnelles sont mises en place au sein du centre.
- Le centre permet aux usagers de prendre une douche et de laver son linge.
- Le centre organise régulièrement des repas communautaires.
- Le centre met à la disposition des usagers une salle de convivialité, une cours et un jardin (sur demande) pour des réunions, des activités, ...
- Le centre organise une activité avec les familles des usagers.
- Le centre est vigilant à ce que les usagers ne deviennent pas dépendants du centre.
- Le centre encourage et participe aux réflexions sur la notion d'« ex-usagers », notamment les patients sous méthadone, ne consommant plus de drogue.

Référence 15.c : Le centre intervient en milieu pénitentiaire

- Le centre a pris contact avec le directeur, le médecin et/ou le service social des différentes prisons de Dakar.
- Une « convention » a été établie avec chacune d'elles pour faciliter les attentes et les prérogatives de chacune des parties.
- Un appui judiciaire est disponible aux usagers le nécessitant.
- Les patients sous méthadone en prison peuvent poursuivre leur traitement ou une alternative leur est proposée (traitement du manque, ...).
- Les patients en prison sont accompagnés pour leur sortie de prison (risque d'overdose).
- Le centre anime des ateliers de prévention en prison.

Annexe 8 : Grille d'indicateurs d'activités de réduction des risques

Pour l'ensemble de cette annexe, les consommateurs de drogues décrits sont les consommateurs de drogues injectables.

Estimation de la taille de la population

Les populations en x, y, z, ont dû être ajoutées, car les consommateurs de drogues injectables ne sont pas la base du guide technique.

Pour différencier et utiliser facilement la population du CEPIAD, il a été ajouté un « 1 » après la référence chiffrée « Pop 0 ».

Population	Population générale (Région de Dakar : estimation UDSEN, ANRS, 2011)	Population du CEPIAD (février à juin 2015 inclus)
Population qui s'injecte des drogues	Pop 1 : 183 (13,8 % * 1324) au cours du dernier mois ; dont 11 cocaïne	Pop 11 : 30 Il a été pris en compte les usagers qui à l'ouverture de leur dossier patient volet addictologie, ont décrit le mode de consommation « injection » pour le produit principal de prise en charge (durant le dernier mois) ; ceux-ci consomment tous des opiacés.
Population qui s'injecte des drogues dépendant des opiacés	Pop 3 : 183 (estimée à 100 % des injecteurs consommant des opiacés dans le programme national)	Pop 31 : 30
Population qui s'injecte des drogues vivant avec le VIH	Pop 4 : 17 (9,4 % * 183)	Pop 41 : 5
Population qui s'injecte des drogues vivant avec le VHC	Pop 6 : 71 (38,85 % * 183)	Pop 61 : 10
Population qui consomme des drogues	Pop x : 1324	Pop x1 : 180
Population qui consomme des drogues dépendant des opiacés	Pop 2 : 794 (estimée à 60 % des consommateurs des drogues consommant des opiacés dans le programme national)	Pop 21 : 173
Population qui consomme des drogues vivant avec le VIH	Pop y : 70 (5,2 % * 1324)	Pop y1 : 9
Population qui consomme des drogues vivant avec le VHC	Pop z : 308 (23,3 % * 1324)	Pop z1 : 15

Données

Données PES/ Equipe de terrain : mai 2014 à avril 2015 inclus soit 12 mois

- Population qui s'injecte des drogues **Pop 111** : 48

Après un premier nettoyage de la base de données, il a été pris en compte les usagers qui ont été notés au moins une fois injecteur durant la période.

- Population qui consomme des drogues **Pop x11** : 512

1. Programme d'échange de seringues

Référence 1.a : Le CEPIAD dispose d'un programme d'échange de seringues (PES) avec une bonne couverture

Source : Base de données UDSEN/CRCF

Pop 1 Dakar/UDSEN	Population qui s'injecte des drogues	Pop 111 CEPIAD/PES
-------------------	--------------------------------------	--------------------

- La quantité de seringues distribuées **NSP C 1a**

Faible < 100 < Moyen < 200 < Élevé

Seringues distribuées () par injecteur et par an		

- La proportion d'injecteurs régulièrement touchés par le PES **NSP C 2b**
Faible < 20 % < Moyen < 60 % < Élevé
- La proportion d'injecteurs touchés par le PES **NSP C 3b**
Faible < 20 % < Moyen < 60 % < Élevé
- Le ratio d'occasions où le PES a été effectif pour la population estimée **NSP C 4b**
Faible < 30 < Moyen < 70 < Élevé

⊞ Cotation de la référence :

Dakar		CEPIAD
-------	--	--------

⊞ Synthèse de la référence :

Référence 1.b : Le CEPIAD dispose d'un PES de qualité

- Le nombre et les lieux où les seringues sont disponibles **NSP A 1a**
- La gratuité du matériel du PES : Le matériel d'injection stérile et le matériel servant à la préparation de l'injection est mis systématiquement gratuitement à disposition pour les injecteurs
- Le retour de matériel d'injection usagé n'est pas une condition préalable pour que les clients reçoivent de nouveau du matériel d'injection **NSP Q 2k**
- Le service fournit une gamme de matériel d'injection qui est approprié pour l'injection locale (pratiques et substances injectées) et qui est acceptable pour la population cible **NSP Q 2l**
- L'information sur l'injection sécuritaire : les injecteurs reçoivent des informations spécifiques sur l'injection à moindre risque
- Le taux de retour des containers
- Le taux de retour des seringues

L'information sur les usagers du PES

- Description et répartition par sexe et âge des injecteurs touchés
- Autres informateurs sur les injecteurs touchés (nombre de fois touchés, extrêmes, ...)
- Description et répartition par sexe et âge des injecteurs régulièrement touchés
- Autres informateurs sur les injecteurs régulièrement touchés

Référence 1.c : Le CEPIAD dispose d'une équipe de terrain avec une bonne couverture et une bonne qualité

- La proportion de consommateurs de drogues régulièrement touchés par l'équipe de terrain **NSP C 2b***

Faible < 20 % < Moyen < 60 % < Élevé

- La proportion de consommateurs de drogues touchés par l'équipe de terrain **NSP C 3b***

Faible < 20 % < Moyen < 60 % < Élevé

- Le ratio d'occasions où l'équipe de terrain a été effective pour la population estimée **NSP C 4b***

Faible < 30 < Moyen < 70 < Élevé

L'information sur les usagers en contact avec l'équipe de terrain

- Description et répartition par âge et sexe des consommateurs de drogues touchés
- Différences entre injecteurs et consommateurs de drogues
- Concernant les consommateurs régulièrement touchés
- Concernant les consommateurs touchés au moins 8 ou 9 mois sur 12
- En moyenne, nombre de fois où ils ont été touchés, avec extrêmes et détails.

Autres informations notables

- Sur la totalité de ses sorties (298), dans un tiers des cas l'équipe de terrain n'a pas touché d'injecteurs.
- La quantité de seringues distribuées et récupérées par mois avant et après la mise en place du CEPIAD* et le taux de retour des seringues.
- Le nombre d'injecteurs touchés par le PES par mois avant et après la mise en place du CEPIAD
- Le nombre de causeries sur l'injection sécuritaire
- Le nombre d'injecteurs recevant des informations sur l'injection sécuritaire
- Le nombre d'injecteurs présents à chaque causerie avec répartition homme/femme
- Sources : Registre des activités de Convivialités et base de données UDSN

2. Traitement de substitution aux opiacés et autres traitements de la dépendance

Référence 2.a : Le CEPIAD dispose d'un programme de traitement de substitution aux opiacés avec une bonne couverture

- La proportion de consommateurs de drogues dépendant aux opiacés sous méthadone **OST C 1c**
Faible < 20 % < Moyen < 40 % < Élevé
- La proportion d'injecteurs dépendant aux opiacés sous méthadone **OST C 1d**
Faible < 20 % < Moyen < 40 % < Élevé

Référence 2.b : Le CEPIAD dispose d'autres traitements de la dépendance avec une bonne couverture

- Pourcentage de consommateurs de drogues dépendant aux opiacés sous traitement de sevrage **ODT C 1a**
- Pourcentage d'injecteurs dépendant aux opiacés sous traitement de sevrage **ODT C 1f**

Référence 2.c : Le CEPIAD dispose d'un programme de traitement de substitution aux opiacés de qualité

- L'information sur la méthadone
- La capacité du programme méthadone **OST A 3**
Nombre de patients consommateurs de drogues qui sont sur la liste d'attente du programme méthadone
- La disponibilité de la méthadone
Nombre de patients consommateurs de drogues qui reçoivent leur traitement sur le nombre de patients consommateurs de drogues venus chercher leur traitement
- La rétention des consommateurs de drogues dans le programme méthadone
Nombre de patients consommateurs de drogues venus chercher chaque jour leur traitement sur le nombre de patients consommateurs de drogues dans le programme méthadone
Causes de non venue : férié, oubli, prison, ...
- Chaque patient signe un consentement éclairé pour entrer dans le programme méthadone **OST Q 2n**
- Le protocole d'évaluation des patients est appliqué de manière uniforme à tous les patients **OST Q 2p**
- Pendant l'initialisation de la mise sous méthadone, tous les patients sont régulièrement examinés par un clinicien en conformité avec le protocole **OST Q 2s**
- Il existe un groupe auto-support pour les patients sous méthadone
- La dose initiale de méthadone prescrite à chaque patient est inférieure à 30mg **OST Q 2t**
- La dose de maintien de méthadone prescrite à chaque patient est supérieure à 60mg (**OST Q 1x**)

Les informations sur les patients sous méthadone

- La posologie moyenne de méthadone dispensée
- La répartition par sexe et âge des consommateurs de drogues sous méthadone
- Le nombre de femmes enceintes sous méthadone
- Le nombre de patients à l'effectif avec causes d'arrêt
- Début de prise en charge en semaine ou mois

3. Dépistage du VIH et conseil

Référence 3.a : Le CEPIAD dispose d'un programme de dépistage et conseil du VIH avec une bonne couverture

- Le test VIH est réalisé pour chaque ouverture de dossier **HTC C 1a(*)**
- Le pourcentage de consommateurs de drogues testé **HTC C 1b***
Faible < 40 % < Moyen < 75 % < Élevé
- Le pourcentage d'injecteurs testé **HTC C 1b**
Faible < 40 % < Moyen < 75 % < Élevé
- Il existe une structure mobile de dépistage et conseil **HTC A 1f**

Référence 3.b : Le CEPIAD dispose d'un programme de dépistage et conseil du VIH de qualité

- Un test VIH est proposé pour chaque patient qui ouvre un dossier médical
- Le résultat (positif/négatif) du test VIH est associé à un conseil

Les informations sur les patients VIH +

- La répartition par sexe et âge des consommateurs de drogues

4. Traitement antirétroviral

Référence 4.a : Le CEPIAD dispose d'un programme de traitement ARV avec une bonne couverture

- Pourcentage de consommateurs de drogues sous ARV **ART C 1b***
Faible < 25 % < Moyen < 75 % < Élevé
- Pourcentage d'injecteurs de drogues sous ARV **ART C 1b**
Faible < 25 % < Moyen < 75 % < Élevé
- Pourcentage de consommateurs testés dans les 12 derniers mois et connaissant leur statut **HTC C 1c***
Faible < 40 % < Moyen < 75 % < Élevé

Référence 4.b : Le CEPIAD dispose d'un programme de traitement ARV de qualité

- Chaque patient bénéficie d'un suivi pour son traitement antirétroviral
- Le CEPIAD dispose des traitements antirétroviraux
- Les patients VIH + sont suivis au niveau du CEPIAD

Les informations sur les patients VIH +

- La répartition par sexe et âge des consommateurs de drogues sous traitement ARV
- Le nombre de femmes enceintes/allaitantes sous traitement ARV

5. Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles

Référence 5.a : Le CEPIAD dispose d'un programme de prévention et de traitement des IST avec une bonne couverture

- Chaque patient qui a une IST est sous traitement **STI.C.1**

Référence 5.b : Le CEPIAD dispose d'un programme de prévention et de traitement des IST de qualité

- Au CEPIAD, les consommateurs de drogues reçoivent des informations sur les IST
- La présence d'une IST est systématiquement questionnée pour chaque ouverture de dossier

Les informations sur les IST

- La répartition par sexe et âge des consommateurs de drogues ayant une IST
- La description des IST des patients

6. Programmes de distribution de préservatifs aux consommateurs de drogues injectables et à leurs partenaires

Référence 6.a : Le CEPIAD dispose d'un programme préservatifs avec une bonne couverture

- Le nombre de préservatifs distribués chez les consommateurs de drogues **Cdm C 1b***
Faible < 50 < Moyen < 100 < Élevé
- Le nombre de préservatifs distribués chez les injecteurs **Cdm C 1b**
Faible < 50 < Moyen < 100 < Élevé
- Le pourcentage de consommateurs de drogues ayant reçu des préservatifs **Cdm C 2a***
Faible < 40 % < Moyen < 75 % < Élevé
- Le pourcentage d'injecteurs de drogues ayant reçu des préservatifs **Cdm C 2a**
Faible < 40 % < Moyen < 75 % < Élevé

Référence 6.b : Le CEPIAD dispose d'un programme préservatifs de qualité

- Le nombre de causeries en rapport avec l'usage du préservatif
- Le nombre d'ateliers avec démonstration de l'utilisation du préservatif

7. Information, éducation, et communication ciblées pour les injecteurs /consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels

Référence 7.a : Le CEPIAD dispose d'un programme IEC avec une bonne couverture

- Pourcentage de consommateurs touchés par les IEC lors du PES **IEC C 1b***
Faible < 25 % < Moyen < 50 % < Élevé
- Pourcentage d'injecteurs touchés par les IEC lors du PES **IEC C 1b**
Faible < 25 % < Moyen < 50 % < Élevé
- Pourcentage de consommateurs touchés par les activités **IEC C 2b***
Faible < 50 % < Moyen < 90 % < Élevé
- Pourcentage d'injecteurs touchés par les activités **IEC C 2b**
Faible < 50 % < Moyen < 90 % < Élevé

Référence 7.b : Le CEPIAD dispose d'un programme IEC de qualité

- Le nombre d'activités organisées par semaine au CEPIAD pour les consommateurs de drogues sur le nombre planifié
- Au CEPIAD, les consommateurs de drogues reçoivent des informations sur les manières de réduire le risque d'overdose
- Au CEPIAD, les consommateurs de drogues reçoivent des informations sur le programme de réductions des risques
- Au CEPIAD, les consommateurs de drogues reçoivent des informations sur les hépatites et le VIH
- Les changements de comportement des consommateurs de drogues sous méthadone et sous non méthadone que ce soit face aux drogues ou dans leur vie sociale ou sexuelle : consommation : IV à autre ou rien, nombre d'injections : diminué ou nul, réinsertion, arrestation...

8. Prévention, vaccination, diagnostic et traitements des hépatites virales

Référence 8.a : Le CEPIAD dispose d'un programme contre les hépatites virales avec une bonne couverture

- La sérologie VHB est réalisée pour chaque patient qui ouvre un dossier médical
- La sérologie VHC est réalisée pour chaque patient qui ouvre un dossier médical
- Pourcentage de patients consommateurs de drogues VHC positif recevant un traitement VHC **Hep C 3d***
- Pourcentage de patients injecteurs VHC positif recevant un traitement VHC **Hep C 3d**

Référence 8.b : Le CEPIAD dispose d'un programme contre les hépatites virales de qualité

- Une charge virale VHB est réalisée pour chaque sérologie VHB positive
- Une charge virale VHC est réalisée pour chaque sérologie VHC positive
- Chaque patient non immunisé et non porteur du VHB est vacciné (3 doses) contre l'hépatite B **Hep C 1a***
- Chaque patient dépisté positif au VHB reçoit un traitement contre l'hépatite B **Hep C 2a***
- Chaque patient dépisté positif au VHC reçoit un traitement contre l'hépatite C **Hep C 3a***

Les informations sur les patients VHC/VHB positifs

- La répartition par sexe et âge des consommateurs de drogues VHB positifs
- La répartition par sexe et âge des consommateurs de drogues VHC positifs
- La répartition par sexe et âge des consommateurs de drogues VHB sous traitement
- La répartition par sexe et âge des consommateurs de drogues VHC sous traitement
- Le nombre de femmes enceintes/allaitantes VHB sous traitement
- Le nombre de femmes enceintes/allaitantes VHC sous traitement

9. Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose

Référence 9.a : Le CEPIAD dispose d'un programme contre la tuberculose avec une bonne couverture

- Une radiographie est réalisée pour chaque ouverture de dossier
- Un dépistage par test cutané (IDR) est réalisé pour chaque patient qui ouvre un dossier médical
- Un examen crachat est réalisé pour chaque suspicion de tuberculose
- Chaque patient dépisté positif à la tuberculose reçoit un traitement

Référence 9.b : Le CEPIAD dispose d'un programme contre la tuberculose de qualité

- Au CEPIAD, les consommateurs de drogues reçoivent des informations sur la tuberculose
- Chaque patient dépisté positif à la tuberculose reçoit un entretien de conseil
- Chaque patient dépisté positif à la tuberculose est référé au service approprié
- Chaque patient dépisté positif à la tuberculose est dépisté pour le VIH
- Le CEPIAD dispose du traitement de la tuberculose
- Les patients tuberculeux sont suivis au niveau du CEPIAD

Les informations sur les patients tuberculeux

- La répartition par sexe et âge des consommateurs de drogues tuberculose positive
- La répartition par sexe et âge des consommateurs de drogues sous traitement
- Le nombre de patients co-infecté VIH/tuberculose
- Le nombre de patients co-infecté VIH/tuberculose recevant les 2 traitements

Annexe 9 : Avis du comité d'éthique

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple – Un But – Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE
ET DE L'ACTION SOCIALE



0 0 0 0 0 0 9 4
N° _____ MSAS/DPRS/CNERS

Dakar, le 28 MAY 2015

Le Coordonnateur

OBJET : Avis éthique et scientifique

REFERENCE : Protocole SEN15/22 : « Description et analyse du 1^{er} semestre d'activités du Centre de Prise en Charge Intégrée des Addictions de Dakar(CEPIAD), au Sénégal » Protocole d'étudiant encadré par le Pr Alice Desclaux(IRD), Dr Maryvonne Maynard(CEPIAD) et Dr Idrissa Bâ(CEPIAD).

Madame,

Le protocole visé en référence a été évalué par le Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé. Le protocole ne pose pas de problème éthique majeur mais le CNERS insiste sur le respect strict de l'anonymisation des données et le caractère volontaire de la participation.

Un avis éthique et scientifique est émis pour permettre la mise en œuvre de ladite étude. Cet avis est valable pour une année à partir de sa date de signature. Du fait de la particularité du milieu, Le chercheur est tenu de transmettre au CNERS et dans les 48 heures, le rapport de tout événement indésirable grave (SAE) survenu durant l'étude potentiellement en lien avec son séjour dans l'établissement

Un rapport final de l'étude est également à transmettre au comité d'éthique qui se réserve la faculté d'organiser un suivi à tout moment de la mise en œuvre de l'étude. En conséquence, il est vous est demandé de transmettre au secrétariat du comité l'agenda de mise en œuvre réactualisé.

Je vous prie de croire, **Madame**, à l'assurance de ma considération distinguée.

Madame Mélodie Clémentine LASSMANN
CEPIAD/ Université de Bordeaux
Melodie.lassmann@gmail.com



Annexe 10 : Résultats de sérologies avec problème dans le résultat donné

Centre Régional de Recherche et Formation
Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
Centre Hospitalier National Universitaire de Fann
Tél : 33 859 81 88 Fax : 33 854 75 53 www.crf.sn

RESULTATS SEROLOGIE HEPATITE B et C

Date prélèvement: 27/02/2015
Programme/projet : CEPIAD
Laboratoire: UD-0043/15
Dossier : UD-0043/15
Nom: [REDACTED]
Prénom: [REDACTED]
Sexe: M
Age: 53
Service: CEPIAD
Prescripteur: DR [REDACTED]
Technique: 20

Résultats

Détermine AgHbs : NEGATIF

VHC

VHB

Conclusion: ABSENCE D'Ac anti VHC

RESULTATS SEROLOGIE RETROVIRALE

Date prélèvement: 11/06/2015
Programme/projet : CEPIAD
Laboratoire: UD-0149/15
Dossier : UD-0149/15
Nom: [REDACTED]
Prénom: [REDACTED]
Sexe: M
Age: 31
Service: CEPIAD
Prescripteur: DR [REDACTED]
Technique: SEROLOGIE


Résultats

Détermine HIV 1/2 = NEGATIF

ImmunoComb bistop =

Profil =

Conclusion: Présence d'anticorps anti HIV-2



Date rendu: 11/06/2015

Annexe 11 : Facteur d'association entre statut infectieux (VIH (N=135), VHC (N=119)) et être injecteur, janvier à juin 2015, CEPIAD

	Statut infectieux VIH (N=135)				p-value	Rapport de cotes (IC 95 %)
	VIH+ (n=9)		VIH- (n=126)			
	n	%	n	%		
Utilisation de la voie injectable					0,02	
Oui	5	20,0	20	80,0		1
Non	4	3,6	106	96,4		6,49 (1,28-35,74)

	Statut infectieux VHC (N=119)				p-value	Rapport de cotes (IC 95 %)
	VHC+ (n=15)		VHC- (n=104)			
	n	%	n	%		
Utilisation de la voie injectable					<0,01	
Oui	10	47,6	11	52,4		1
Non	5	5,1	93	94,9		16,20 (4,18-72,58)

Annexe 12 : Variables liées aux drogues des patients (N=180) du CEPIAD, janvier-juin 2015

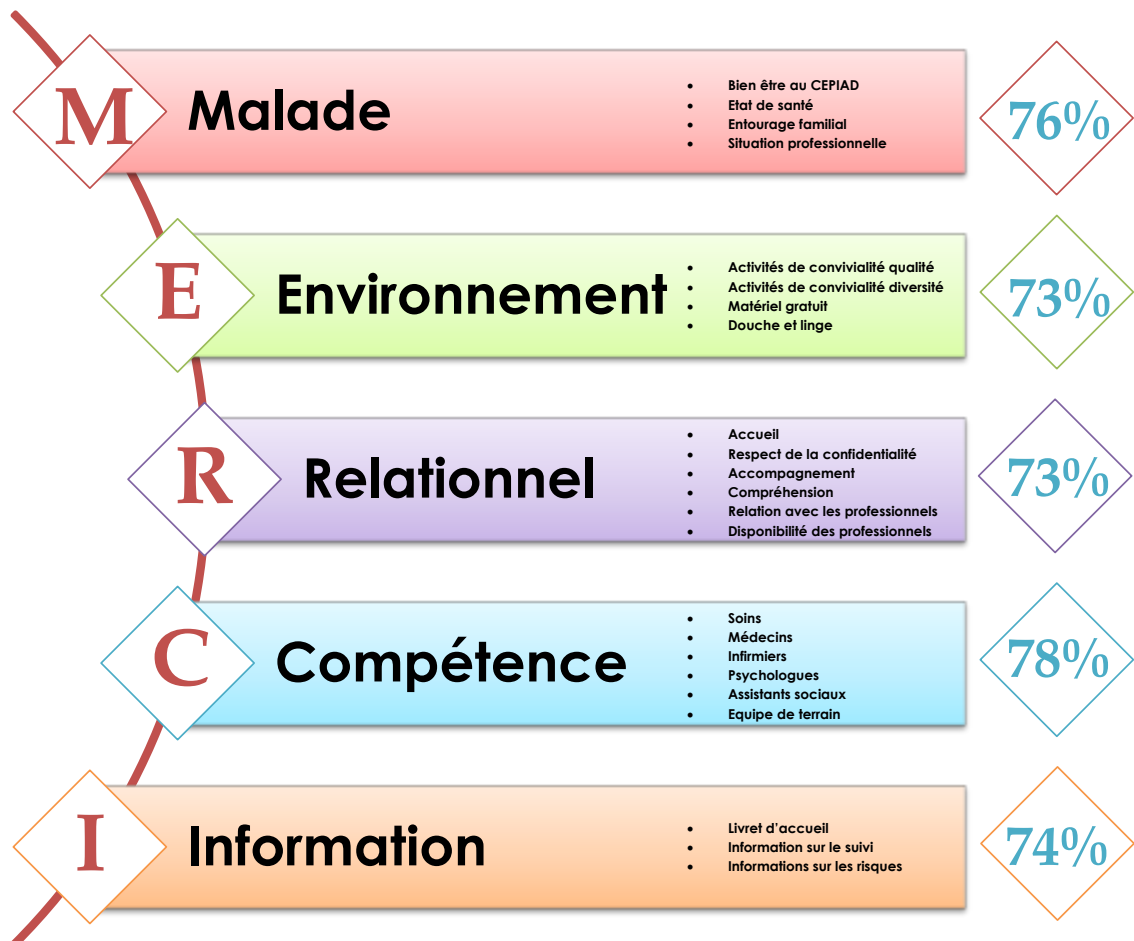
Variables des pratiques et consommations	CEPIAD (N=180)	%
Consommation d'héroïne (mois précédent)		
Oui	176	97,8
Non	4	2,2
Consommation de cannabis (mois précédent)		
Oui	117	65,0
Non	63	35,0
Consommation de crack (mois précédent)		
Oui	48	26,7
Non	132	73,3
Consommation d'alcool (mois précédent)		
Oui	34	18,9
Non	146	81,1
Consommation de benzodiazépines (mois précédent)		
Oui	25	13,9
Non	155	86,1
Consommation de cocaïne (mois précédent)		
Oui	12	6,7
Non	168	93,3
Consommation de trois drogues ou plus		
Oui	138	76,7
Non	36	20,0
Non renseigné	6	3,3
Prise d'héroïne (N=176) quotidienne		
Oui	157	89,2
Non	8	4,5
Non renseigné	11	6,3
Prise de cannabis (N=117) quotidienne		
Oui	68	58,1
Non	38	32,5
Non renseigné	11	9,4
Prise de benzodiazépines (N=25) quotidienne		
Oui	8	6,8
Non	12	10,3
Non renseigné	5	4,3
Prise d'alcool (N=34) quotidienne		
Oui	14	41,2
Non	20	58,8
Non renseigné	0	0,0
Prise de crack (N=48) quotidienne		
Oui	10	20,8
Non	38	79,2
Prise de cocaïne (N=8) quotidienne		
Oui	2	25,0
Non	6	75,0

Variables des pratiques et consommations	CEPIAD (N=180)	%
Consommation d'héroïne		
Fumé	61	33,9
Non fumé	119	66,1
Sniffé	74	41,1
Non sniffé	106	58,9
Injecté	30	16,7
Non injecté	150	83,3
Consommation de cocaïne		
Fumé	6	33,9
Non fumé	174	66,1
Sniffé	0	0,0
Non sniffé	180	100,0
Injecté	2	1,1
Non injecté	178	98,9
Consommation de crack		
Fumé	47	26,1
Non fumé	133	73,9
Consommation de cannabis		
Fumé	105	58,3
Non fumé	74	41,1
Non renseigné	1	0,6
Injecteurs (N=30), partage de seringues		
Oui	7	23,3
Non	22	73,3
Non renseigné	1	3,3
Fumeurs (d'une drogue durant le dernier mois)		
Oui	65	36,1
Non	115	63,9
Si oui (N=65), partage de pipe ou matériel voie orale		
Oui	19	29,2
Non	21	32,3
Non renseigné	25	38,5
Sniffeurs (d'une drogue durant le dernier mois)		
Oui	73	40,6
Non	107	59,4
Si oui (N=73), partage de paille ou matériel voie nasale		
Oui	6	8,2
Non	60	82,2
Non renseigné	7	9,6

Le CEPIAD a réalisé une mesure de satisfaction auprès des patients consommateurs de drogues injectables

La participation était volontaire, anonyme et confidentielle

Résultats juin 2015



- 48 participants dont 5 femmes
- autant d'usagers sous méthadone que sans



Score global de satisfaction

74%

Annexe 14 : Comparaison de la satisfaction selon le sexe et la prise de méthadone chez les usagers (N = 48) ayant participé à l'enquête de satisfaction, juin 2015, CEPIAD

Satisfaction	Femmes (n=5)	Hommes (n'=43)	p-value	Méthadone (n''=24)	Sans méthadone (n'''=24)	p-value	Total (N=48)
Score global							
Moyenne	75	74	0,9150	76	73	0,3748	74
Ecart-type	10,88	13,84		12,36	14,53		13,32
Médiane	78	76		77	76		76
Ecart InterQuartile	[68-83]	[67-84]		[71-86]	[65-83]		[67-84]
Malade							
Moyenne	78	75	0,7648	78	73	0,3677	76
Ecart-type	8,07	19,94		16,08	22,00		18,98
Médiane	78	75		81	75		75
Ecart InterQuartile	[73-83]	[66-88]		[63-92]	[69-88]		[69-88]
Environnement							
Moyenne	71	74	0,6718	75	71	0,3601	73
Ecart-type	20,06	13,96		11,49	17,83		14,63
Médiane	75	75		75	75		75
Ecart InterQuartile	[50-83]	[69-88]		[69-81]	[73-88]		[68-85]
Relationnel							
Moyenne	77	72	0,5459	73	72	0,9807	73
Ecart-type	11,29	18,94		20,97	15,60		18,09
Médiane	80	75		73	75		75
Ecart InterQuartile	[79-83]	[66-84]		[66-88]	[73-83]		[66-84]
Compétence							
Moyenne	85	78	0,3754	78	79	0,8459	78
Ecart-type	14,29	18,23		18,65	17,48		17,70
Médiane	90	80		80	79		80
Ecart InterQuartile	[70-95]	[66-92]		[66-92]	[73-95]		[68-93]
Information							
Moyenne	65	75	0,3704	80	68	0,0795	74
Ecart-type	29,81	22,11		17,37	25,55		22,80
Médiane	58	75		83	67		75
Ecart InterQuartile	[38-75]	[73-83]		[73-92]	[73-83]		[65-92]

Abstract

Title: Evaluation of a public health intervention: care and support for injecting drug users in CEPIAD, Center for Integrated Management of Addictions in Dakar.

Context: Safe usages of injection drugs are very low in Senegal, where the social context toward this population is repressive and the health care limited. The National Strategic Plan in Response to AIDS 2011-2015 has included “injecting drug users” as a vulnerable population and has promoted the creation of the Center for Integrated Management of Addictions in Dakar (CEPIAD) within the enclosure of the National University Hospital of Fann in Dakar during the month of December 2014.

Objective: The objective of the study is to assess the services provided to injecting drug users in CEPIAD in Dakar in 2015.

Methods: We carried out a cross-sectional descriptive study in CEPIAD, from March to August 2015. Evaluation grids were used to measure users’ satisfaction, and evaluate the harm reduction project and the services offered. Data analysis was based on the technique of strengths and weaknesses.

Results: During the study period, 180 injecting drug users including 10 women accessed the CEPIAD (1/7 consumers in Dakar). These consumers were tested for their HIV and HCV serological status (75% and 66%), received a social interview (179) and participated in friendly activities (91). 74% of the respondents said that they were satisfied with the services of the center. During a year on the field, the outreach team approached more than one third of the 1324 consumers from Dakar. Among the 512 consumers approached, the injectors received an average of 187 syringes, a quantity close to the 200 syringes needed per year and per injector according to WHO recommendations.

Conclusion: The combination of various approaches and services enabling harm risk reduction among drug use has made CEPIAD the first dedicated center in West Africa. Effective integration of medical care (tuberculosis, HIV, HCV) and the accessibility of women into activities need improvements.

Keywords: CEPIAD, injecting drug users, methadone, harm reduction, Senegal, drug use, UDSEN, HIV/AIDS.

Résumé

Contexte : Le recours aux soins des consommateurs de drogues injectables est très limité au Sénégal, où le contexte social envers cette population est répressif et le contexte sanitaire limité. Le Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida 2011-2015 a inscrit les consommateurs de drogues injectables comme population clé dans ses interventions et a favorisé la création du Centre de Prise en charge Intégrée des Addictions à Dakar (CEPIAD) dans l'enceinte du CHNU de Fann à Dakar en décembre 2014.

Objectif : L'objectif de l'étude est d'évaluer le dispositif de prise en charge des consommateurs de drogues injectables au CEPIAD à Dakar en 2015.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude descriptive transversale au CEPIAD, de mars à août 2015. Des grilles d'évaluation ont été utilisées pour mesurer la satisfaction des usagers, et évaluer le dispositif de réduction des risques et les services offerts. L'analyse des données a reposé sur la technique des atouts et faiblesses.

Résultats : Durant la période d'étude, 180 consommateurs de drogues injectables dont 10 femmes ont accédé au CEPIAD (soit 1/7^e des consommateurs à Dakar). Les consommateurs ont alors pu avoir connaissance de leurs statuts sérologiques VIH et VHC (75 % et 66 %), un entretien social (179) et des activités de convivialité (91). Les patients enquêtés se disent satisfaits à 74 % des services du centre. En une année sur le terrain, l'équipe mobile a pu approcher plus d'un tiers des 1324 consommateurs dakarois. Parmi les 512 consommateurs approchés, les injecteurs ont reçu en moyenne 187 seringues, quantité proche des 200 seringues recommandées par an et par injecteur par l'OMS.

Conclusion : Combinant diverses approches et disposant d'un panel d'interventions permettant de réduire les risques liés à l'usage de drogues, le CEPIAD est le premier centre dédié en Afrique de l'Ouest. L'intégration effective des services (tuberculose, VIH, VHC) et l'accès des femmes aux activités doivent être développés.

Mots-clés : CEPIAD, consommateurs de drogues injectables, méthadone, réduction des risques, Sénégal, usage de drogues, UDSEN, VIH/sida.

Disciplines : Pharmacie et Santé publique

Adresses : CEPIAD, CHNU de Fann, Dakar, Sénégal

Laboratoire de Droit et Economie Pharmaceutiques, Université de Bordeaux