

UNIVERSITÉ DE LIMOGES
FACULTÉ DE PHARMACIE

ANNÉE 2011

THÈSE N°

**PLACE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE POUR
LES PATIENTS DÉPENDANTS AUX OPIACÉS EN
OFFICINE : OUTILS DE TRAVAIL
INTERDISCIPLINAIRE**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 2011

PAR

Imane NOUMANI

Né le 1 décembre 1983 à Rabat (MAROC)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Monsieur le Professeur BUXERAUD J. Président

Madame le Docteur CHEVALIER C. Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur COMBY F. Juge

Monsieur le Docteur NGUYEN A. Juge

UNIVERSITÉ DE LIMOGES
FACULTÉ DE PHARMACIE

ANNÉE 2011

THÈSE N°

**PLACE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE POUR
LES PATIENTS DÉPENDANTS AUX OPIACÉS EN
OFFICINE : OUTILS DE TRAVAIL
INTERDISCIPLINAIRE**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 2011

PAR

Imane NOUMANI

Né le 1 décembre 1983 à Rabat (MAROC)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Monsieur le Professeur BUXERAUD J. Président

Madame le Docteur CHEVALIER C. Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur COMBY F. Juge

Monsieur le Docteur NGUYEN A. Juge



**Université
de Limoges**

**FACULTÉ
DE PHARMACIE**

DOYEN DE LA FACULTÉ :

Monsieur le Professeur **DUROUX** Jean Luc

VICE- DOYEN

Madame **FAGNERE** Catherine, Maître de conférences

VICE- DOYEN

Monsieur **BATTU** Serge, Maître de conférences

PROFESSEURS

BENEYTOUT Jean-Louis

BIOCHIMIE-BIOCHIMIE MOLECULAIRE

BOTINEAU Michel

BOTANIQUE-CRYPTOLOGAMIE

BROSSARD Claude

PHARMACIE GALENIQUE

BUXERAUD Jacques

CHIMIE ORGANIQUE-CHIMIE THERAPEUTIQUE

CARDOT Philippe

CHIMIE ANALYTIQUE

CHULIA Albert

PHARMACOGNOSIE

CHULIA Dominique

PHARMACOTECHNIE

DELAGE Christiane

CHIMIE GENERALE ET MINERALE

DESMOULIERE Alexis

PHYSIOLOGIE

DREYFUSS Gilles

PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE

DUROUX Jean-Luc

PHYSIQUE-BIOPHYSIQUE

LOUDART Nicole

PHARMACOLOGIE

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIER DES DISCIPLINES
PHARMACEUTIQUES**

LACHATRE Gérard

TOXICOLOGIE

MOESCH Christian

HYGIENE-HYDROLOGIE-ENVIRONNEMENT

ROGEZ Sylvie

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

BASLY Jean-Philippe

CHIMIE ANALYTIQUE

BATTU Serge

CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE

BEAUBRUN-GIRY Karine

PHARMACIE GALENIQUE

BILLET Fabrice

PHYSIOLOGIE

CALLISTE Claude

BIOPHYSIQUE-MATHEMATIQUE-

INFORMATIQUE

CLEDAT Dominique

CHIMIE ANALYTIQUE

COMBY Francis

CHIMIE THERAPEUTIQUE

DELEBASSEE Sylvie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DEMIOT Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
FAGNERE Catherine	CHIMIE THERAPEUTIQUE
FROISSARD Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE
JAMBUT Anne-Catherine	CHIMIE THERAPEUTIQUE
LABROUSSE Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE
LEGER David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECUMAIRE
LIAGRE Bertrand	SCIENCES BIOLOGIQUE
LOTFI Hayat	TOXICOLOGIE
MARION-THORE Sandrine	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MARRE-FOURNIER Françoise	BIOCHIMIE
MILLOT Marion	PHARMACOGNOSIE
MOREAU Jeanne	IMMUNOLOGIE
POUGET Christelle	CHIMIE ORGANIQUE APPLIQUEE A LA THERAPEUTIQUE
ROUSSEAU Annick	BIOMATHEMATIQUES
SIMON Alain	CHIMIE PHYSIQUE ET CHIMIE MINERALE
TROUILLAS Patrick	BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
	PHARMACEUTIQUE
VIANA Marylène	PHARMACOTHECNE
VIGNOLES Philippe	BIOMATHEMATIQUES

**MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIER DES
DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

DREYFUSS Marie-Françoise CHIMIE ANALYTIQUE

PROFESSEURS CERTIFIÉ

MARBOUTY Jean-Michel ANGLAIS

A mon président de thèse

Monsieur le Professeur Jacques BUXERAUD

Pour m'avoir honoré en acceptant de présider ce jury,

Pour votre accompagnement au cours de mes études,

Pour tout votre travail au quotidien auprès des étudiants,

Soyez assuré de mon estime, mon respect et ma sincère gratitude.

A mon directeur de thèse

Madame le docteur Catherine CHEVALIER

Pour m'avoir laissé la liberté nécessaire à l'accomplissement de mes travaux,

Tout en y gardant un œil critique et avisé.

Nos échanges continuels, si riches, ont sûrement été la clé de réussite de ce travail.

Pour la gentillesse et la patience que vous avez manifestée à mon égard durant cette thèse,

Pour vos précieux conseils et pour votre disponibilité,

Soyez assurée de ma profonde gratitude et mon respect,

J'espère que cette thèse sera un remerciement suffisant au soutien et à la confiance dont vous avez fait preuve en mon égard.

A mon jury

Monsieur le Docteur Francis COMBY

Pour votre enseignement

Pour avoir accepté d'examiner mon travail et de faire partie de mon jury de thèse,

Veillez retrouver ici l'expression de mes plus vifs remerciements.

A mon jury

Monsieur le Docteur André NGUYEN

Pour votre travail quotidien au sein du réseau d'addiction,

Pour votre aide, votre soutien et vos conseils précieux,

De faire partie des personnes grâce aux quelles ce travail à vu le jour,

Pour m'avoir fait l'honneur de participer au Jury de cette thèse,

*Veillez accepter mes sincères remerciements et soyez assurée de ma profonde gratitude et de
mon amitié.*

Remerciements

A mes parents

Pour avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui.

Votre irremplaçable et inconditionnel soutien, votre aide et confiance tout au long de ces années d'études.

Pour avoir été présents pour écarter les doutes, soigner les blessures et partager les joies.

Ce travail vous est dédié.

Et tout particulièrement à ma petite sœur Fatima-Zahra

Pour ta présence son écoute,

Pour être une source de réconfort et de joie,

Pour ton aide précieuse et ton souci du détail.

A Sanaa et Zakaria

Pour être ma sœur et mon frère

Cette thèse est un peu la leur.

A Didier et Martine

D'avoir été ma deuxième famille.

A mes amis

Une pensée émue pour toutes les personnes avec qui j'ai partagé une salle de cours, un travail, un café ou un repas ... pendant ces années d'étude.

Sommaire

INTRODUCTION	15
PARTIE I : LES ELEMENTS UTILES POUR LE SUIVI DES PATIENTS DEPENDANTS AUX OPIACES EN OFFICINE	17
1. NOTIONS GENERALES	18
1.1 LES OPIACES	18
1.1.1 L'opium	18
1.1.2 La morphine	18
1.1.2.1. Action pharmacologique	19
1.1.1.1. Conséquences clinique de l'usage de la morphine.....	19
1.1.1.2. Tolérance et dépendance.....	20
1.1.3. L'Héroïne	20
1.1.3.1. Son usage	20
1.1.3.2. Action pharmacologique.....	21
1.1.4. La Codéine.....	21
1.1.5. Opiacés prescrits dans le cadre des traitements de substitution	21
1.1.6. Antagonistes opiacés	22
1.2. Tendances	22
1.2.1. L'utilisation des substances psychoactives en France.....	22
1.3. Addiction définition et intérêts	24
1.3.1. Historique	24
1.3.2. Définition	24
1.3.3. Intérêts du concept de pratiques addictives	26
1.4. Comportements de consommation de substances psychoactives	26
1.4.1. Usage	26
1.4.2. Usage nocif.....	27
1.4.3. Dépendance	28
1.4.4. Mésusage.....	30
1.4.5. Lutte contre la mauvaise utilisation des MSO.....	31
2. Neurobiologie de l'addiction	32
2.1. Le cerveau « sain » Circuit du plaisir	32
2.1.1. Description neuro-anatomique	32
2.1.2. Rôle de la dopamine	33
2.1.3. Rôle de sérotonine et la noradrénaline	34
2.2. Cerveau « addict »	35
2.2.1. Dérèglement du système dopaminergique de récompense : installation de l'addiction ..	36
2.2.2. Les circuits de l'addiction	37
3. Les comorbidités	39
3.1. Somatiques	40
3.1.1. Comorbidités liés au toxique	41
3.1.2. Comorbidités liées au mode de vie du sujet	41
3.1.3. Comorbidités liées à l'injection intra-veineuse	42
3.1.3.1. Hépatite C	42
3.1.3.2. Hépatite B	45
3.1.3.3. VIH	47
3.1.4. Comorbidités liées à d'autres modes de consommation.....	48

3.1.5. Autres comorbidités	49
3.1.6. Comorbidités spécifiques aux femmes	49
3.2. Psychiatriques	50
3.2.1. Les troubles anxio-dépressifs	51
3.2.1.1. Résurgences de traumatismes psychiques de l'enfance et de l'adolescence ...	51
3.2.1.2. Toxicomanie et troubles bipolaires : épisodes dépressifs récurrents et épisodes mélancoliques	51
3.2.1.3. Troubles de l'humeur et traitement de substitution	52
3.2.1.4. Les troubles du sommeil	54
3.2.2. L'agressivité	55
3.2.3. Les pathologies de la personnalité	55
3.2.3.1. La personnalité « antisociale »	55
3.2.3.2. Les états limites	55
3.2.3.3. Les personnalités psychotiques	56
3.2.4. Complications psychiatriques liées directement aux drogues	56
3.2.4.1. Les pharmacopsychoses liées directement à la consommation de drogues	56
3.2.4.2. Les syndromes confusionnels	57
3.3. Sociales.....	58
4. Les médicaments de substitution aux opiacés	58
4.1. La méthadone (AMM annexe).....	58
4.1.1. Posologie	60
4.1.1.1. Initialisation du traitement	61
4.1.1.2. Adaptation du traitement.....	61
4.1.1.3. Relais vers un médecin de ville, prescription et délivrance	63
4.1.2. Contre-indication et interaction	63
4.2. Méthadone AP-HP forme gélule.....	64
4.2.1. Mésusage de la Méthadone®	65
4.2.2. Contrôle urinaire.....	65
4.3. La buprénorphine haut dosage (AMM annexe	66
4.3.1. Posologie	68
4.3.1.1. Initialisation du traitement	68
4.3.1.2. Adaptation au traitement.....	68
4.4. Mésusage	69
4.5. Effets indésirables, indications préférentielles méthadone / Subutex®	69
4.6. Surveillance clinique du traitement avec l'aide du pharmacien.....	70
4.7. La législation en vigueur pour la délivrance des stupéfiants	70
4.8. Tableau résumant les caractéristiques de la Méthadone et de la Buprénorphine	73
4.9. MSO en chiffre	75
4.10. SUBOXONE® : association buprénorphine et naloxone.....	77
4.11. Traitement de soutien : Naltrexone (NALOREX®) – comprimés sécables à 50mg	78
5. Finalités et résultats attendus des traitements de substitution	79
5.1. Finalité	79
5.2. Objectifs	80
5.2.1. Objectifs des personnes dépendantes des opiacés	80
5.2.2. Objectifs des professionnels de santé et des intervenants en addictologie	82
5.3. Résultats attendus.....	83
6. Politique française en matière d'addiction	85
6.1. La politique de réduction des risques	86
6.2. Les seringues et le Stéribox	88
6.2.1. Seringues	88
6.2.2. Steribox®	89
6.2.3. L'injection de traitements de substitution aux opiacés.....	93
6.2.3.1. L'injection.....	93

6.2.3.2. L'élimination du matériel utilisé.....	94
PARTIE II : EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS	97
1. Construction de la notion d'éducation thérapeutique.....	98
1.1. Origine de la notion d'éducation thérapeutique	98
1.1. Définition de l'éducation thérapeutique	100
1.2. Organisation et finalités	101
1.2.1. Le fondement législatif.....	101
1.2.1.1. La reconnaissance législative des actions d'éducation thérapeutique.....	101
1.2.1.2. Le renforcement de l'accompagnement du patient	102
1.2.1.3. Le droit au plan de soins coordonnés pour chaque patient chronique dont l'état de santé le nécessite	102
1.2.2. Mettre en œuvre un programme personnalisé d'ETP.....	102
1.2.2.1. Eléments nécessaire à la prise en charge par le patient de sa pathologie.....	102
1.2.2.2. Les différentes étapes de la prise en charge.....	103
1.2.2.3. Des programmes et des équipes habilités régionalement, mais répondant aux critères d'un cahier des charges national	104
1.2.2.4. Une formation spécifique pour l'éducation thérapeutique du patient.....	104
1.2.2.5. Des structures adaptées en ambulatoire	105
1.2.2.6. Un financement adapté aux besoins.....	106
1.2.3. Finalité	108
1.2.3.1. Adhésion au projet thérapeutique	108
1.2.3.2. Évaluation du niveau d'adhésion du patient	108
1.2.3.3. La capacité de gérer son traitement au quotidien : un apprentissage	109
2. Spécificités du pharmacien dans l'éducation du patient	111
2.1. Pharmacien- patient.....	111
2.2. Implication du pharmacien dans l'éducation des patients	112
2.2.1. Informer, promouvoir la prévention et le dépistage	112
2.2.2. Soutenir et accompagner les patients	112
2.2.3. Expliquer et informer sur la pathologie et ses traitements	112
2.2.4. Promouvoir le bon usage du médicament	113
2.2.5. Intervenir dans la gestion des crises.....	114
3. Structures actuelles d'éducation des patients.....	114
3.1. Intérêts et importance des réseaux de santé	115
3.1.1. Intérêts pour le patient	115
3.1.2. Définition des réseaux de santé	116
3.1.3. Intérêts pour le professionnel	118
3.1.4. Intérêts spécifiques aux réseaux en addictologie	118
PARTIE III : STRUCTURATION D'UN PROGRAMME D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT EN OFFICINE DANS LE CHAMP D'UN TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACES	119
1. L'addiction est une maladie chronique.....	120
2. Proposer et réaliser une éducation thérapeutique aux patients dépendants aux opiacés	121
2.1. Pourquoi leur proposer une éducation thérapeutique ?.....	121
2.2. La démarche d'ETP va se planifier en 4 étapes	121
2.2.1. Élaborer un diagnostic éducatif	122
2.2.1.1. Connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes, sa réceptivité	122
2.2.2. Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage.....	124
2.2.3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP collective ou individuelle ou en1 alternance.....	125
2.2.4. Réaliser une évaluation individuelle de l'ETP.....	126

2.3. Les critères de qualité pour un programme d'éducation thérapeutique	127
3. Situations problématiques des patient dépendant aux opiacés.....	127
3.1. Exemple d'un patient demandant un traitement de substitution en ville	127
3.1.1. Buprénorphine haut dosage	127
3.1.1.1. Que faire ?	127
3.1.1.2. Ce qu'il faut éviter	128
3.1.1.3. Seconde consultation : que faire ?	128
3.1.1.4. Seconde consultation : ce qu'il faut éviter	129
3.1.2. Méthadone.....	130
3.1.2.1. Sotie du CSAPA	130
3.2. Le patient veut passer de méthadone à la buprénorphine haut dosage	131
3.2.1. Que faire ?	131
3.2.2. Comment faire ?	131
3.2.3. Ce qu'il faut éviter	131
3.3. Le Patient est porteur du virus de l'hépatite C, est consommateur d'alcool	131
3.3.1. Traitement de l'hépatite C et alcoolisme	132
3.3.1.1. Les objectifs du traitement	132
3.3.1.2. Précautions à prendre.....	132
3.3.2. Que faire ?	132
3.3.3. Comment faire dans le cas d'un problème d'alcool	133
3.4. Le patient veut arrêter son traitement de substitution	133
3.4.1. Que faire ?	134
3.4.2. Comment faire ?	134
3.5. TSO et grossesse.....	135
3.5.1. Quelques Constatations	135
3.5.2. Les risques de la grossesse des femmes héroïnomanes	135
3.5.2.1. Conséquences pour la mère	135
3.5.2.2. Conséquences pour l'enfant	136
3.5.3. Allaitement et méthadone	137
3.5.4. Avantage d'un traitement de substitution au cours d'une grossesse	138
3.5.5. Que faire ?	139
3.5.6. Comment faire ?.....	139
3.5.6.1. La jeune femme souhaite garder son enfant.....	139
3.5.6.2. Ne souhaite pas le garder	140
3.5.7. Ne sait pas	140
3.5.8. La naissance	140
3.6. Patient se sentant prête à travailler	141
3.6.1. Que faire ?.....	141
3.6.2. Comment faire ?	141
3.7. TSO et voyage.....	142
3.7.1. Déplacements sur le territoire français.....	142
3.7.2. Séjour l'étranger.....	142
3.7.3. Pays de la CE signataires des accords de Schengen.....	143
3.7.4. En dehors de l'espace Schengen	143
3.8. TSO et douleur	145
3.8.1. Usagers de drogue 'actifs'	146
3.8.2. Patients substitués par la méthadone	146
3.8.3. Patients substitués par la buprénorphine haut dosage (Subutex®)	147
3.8.4. Patients sevrés	148
3.9. TSO et benzodiazépine, hypnotiques, anxiolitiques.....	149
3.10. Patient non pris en charge	149

4. Les outils éducatifs pour l'apprentissage de compétences en officine.....	149
4.1. Responsabilité et rôle du pharmacien	151
4.2. Outils de collaboration et de communication	152
4.2.1. Présenter et proposer l'ETP	152
4.2.2. Première consultation ETP.....	152
4.3. Contrat thérapeutique multipartite fixant les modalités du suivi en officine des traitements de substitution aux opiacés peut être proposé au patient	153
4.4. Formulaire de transmission d'informations médecin-pharmacien	153
4.5. Confidentialité des données du patient	153
4.6. Proposition d'une solution regroupant tous ces outils.....	153
5. Coordonnées utiles.....	170
5.1. Les structures de soins spécialisés en Limousin	170
5.1.1. Structures hospitalières	171
5.1.2. Les CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie)	171
5.1.2.1. Relais CSAPA-Médecins généralistes	172
5.1.2.2. CSAPA et réduction des risques	173
5.1.3. Les structures sociales.....	173
5.1.3.1. Les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues)	173
5.1.3.2. Les appartements de coordination thérapeutique(ALT)	174
5.1.3.3. Les communautés thérapeutiques	174
5.1.3.4. L'auto-support	175
5.1.4. L'organisation en limousin	176
CONCLUSION.....	177

Introduction

Malgré l'introduction dès les années 1970 de la méthadone en essai thérapeutique, les traitements de substitution des addictions aux opiacés n'ont été développés en France qu'à partir de 1995 pour la Méthadone puis l'année suivante avec la buprénorphine haut dosage.

Le développement de ces traitements a permis à plus de la moitié de la population cible d'y avoir accès. Ceci met la France au rang des pays européens où l'accès au traitement est le meilleur. La large diffusion de ces traitements a modifié les pratiques cliniques et a obligé à réviser les concepts jusque-là établis. Ainsi le caractère chronique de l'addiction est reconnu et lui cède une place dans la liste, défini par l'OMS, des soixante maladies chroniques, où l'efficacité du traitement est déterminée par le degré de formation thérapeutique du malade.

Malheureusement la démarche éducative auprès de patients sous traitement de substitution est loin d'être une pratique courante.

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante du processus de soins. Elle est destinée à aider le patient et son entourage à comprendre la maladie et les traitements, à collaborer aux soins et à prendre en charge son état de santé afin de conserver et/ou d'améliorer sa qualité de vie. Elle vient de faire l'objet d'une formalisation.

Il faut reconnaître que la maladie chronique place le médecin, le pharmacien et le patient dans un nouveau partenariat complémentaire, une rencontre entre deux mondes différents : le monde biomédical des soignants, modelés par leurs formations et le monde profane du patient et sa maladie. Les soignants retrouvent ainsi, en plus, un rôle d'accompagnateur et d'éducateur.

Mais peut-on proposer une démarche d'éducation thérapeutique à un patient « addict » qui est souvent représenté sociologiquement comme un patient « difficile » moins observant. Des études et notre expérience professionnelle nous prouvent que ce n'est pas tout à fait la réalité.

C'est pour cela que tout au long de ce travail nous allons aborder les différents domaines pouvant permettre d'envisager une démarche d'éducation thérapeutique pour les patients addicts aux opiacés.

Dans un premier temps il nous est appaît important de faire le point sur les éléments nécessaires pour parfaire nos connaissances en matière d'opiacés, d'addiction, des conduites addictives et les traitements de substitutions.

Dans un deuxième chapitre on va définir l'éducation thérapeutique, expliquer la démarche, le sens et le but d'un programme personnalisé d'ETP.

Dans la troisième partie, le fait de spécifier l'approche aux seuls patients dépendants des opiacées en officine a décliné la réflexion qui nous a permis de proposer au réseau de soins en addictologie un outil pratique pour permettre d'avoir un support opérationnel destiné aux Médecins-Patients-pharmaciens.

Partie 1 Les éléments utiles pour le suivi des patients dépendants aux opiacés en officine

1. Notions générales

1.1. Les opiacés ⁽¹⁾

Les opiacés sont des molécules d'origine naturelle ou synthétique, dont les effets au niveau de la cellule sont transmis par des récepteurs aux opiacés isolés du système nerveux central comme du système nerveux périphérique ; leur action est agoniste ou antagoniste. Outre le produit référent du groupe la morphine (extrait du latex du pavot indien), l'héroïne, la codéine, la méthadone, la buprenorphine, le fentanyl sont aussi des opiacés utilisés ou non en thérapeutique comme analgésiques ou antidiarrhéique, dans le traitement de substitution aux opiacés.

L'organisme produit ses propres substances opiacées, les endorphines.

1.1.1. L'opium

L'opium est obtenu par incision des capsules de pavot : le latex qui en découle est simplement séché à l'air pour former une masse noirâtre riche en morphine.

Il s'agit de l'un des plus anciens médicaments connus. Son intérêt tient à sa richesse en alcaloïdes 10% à 20% de la masse pondérale :

- Dérivés du morphinane : morphine (2% à 17%), codéine (3% à 6%), thébaïne (0,2 % à 0,8%)
- Dérives de l'isoquinoléine : papavérine (0,5% à 1,2%).

L'usage abusif de l'opium débouche rapidement sur une utilisation addictive. L'opium est traditionnellement fumé ou inhalé sous forme de vapeurs.

1.1.2. La morphine

C'est en 1804, en Westphalie, qu'un étudiant en pharmacie, Friedrich Wilhelm isole de l'opium un sel doté d'un fort pouvoir somnifère chez le chien. Cependant, la synthèse de cet alcaloïde ne fut réalisée pour la première fois qu'en 1952.

1.1.2.1. Action pharmacologique

Les propriétés pharmacologiques de la morphine sont caractéristiques de celles de tous les agonistes opiacés : héroïne, codéine, méthadone, etc.

La morphine agit comme les endorphines en se fixant sur des opiorécepteurs qui sont distingués en quatre sous-types :

- Récepteurs μ spécifiques des endorphines et des enképhalines
- Récepteurs σ spécifiques des enképhalines seules
- Récepteurs κ spécifiques des endorphines seules
- Récepteurs δ moins connus

L'action de la morphine sur ces récepteurs est dose-dépendante avec un seuil maximal correspondant à la saturation de tous les récepteurs.

1.1.2.2. Conséquences clinique de l'usage de la morphine

Au niveau du système nerveux central : La morphine provoque une sédation de la douleur par une augmentation du seuil de perception en inhibant la libération de la substance P et en activant les systèmes inhibiteurs qui bloque l'action des neurones de la douleur.

D'autres effets qui ont pour origine le SNC, mais sont plutôt considérés comme indésirables :

- Myosis : activation des récepteurs μ et κ s'observe chez les usagers de drogues opiacés,
- Mydriase signe un état de manque,
- Dépression respiratoire,
- Inhibition de la toux (d'où son utilisation dans le traitement symptomatique de la toux) et une action émétisante qui disparaît avec l'accoutumance,
- Un état d'euphorie voir dysphorie dose-dépendant par action sur les récepteurs μ et κ : effets recherchés par les toxicomanes,
- Convulsions.

Sur les récepteurs μ du système gastro-intestinal : la morphine provoque une baisse du tonus et du péristaltisme avec une augmentation du tonus des fibres circulaires ce qui est à l'origine de la constipation.

Au niveau cardiovasculaire : on retrouve une dilatation veineuse et artérielle : hypotension orthostatique.

La morphine traverse la barrière placentaire et passe dans le lait maternel.

1.1.2.3. Tolérance et dépendance

L'administration répétée de morphine entraîne une toxicomanie caractérisée par une dépendance psychique et physique ainsi qu'une tolérance. Ce phénomène concerne les diverses actions pharmacologiques. Le traitement de la douleur impose une augmentation régulière des posologies pour conserver l'efficacité du traitement.

L'arrêt du traitement peut provoquer un syndrome de sevrage et doit donc se faire progressivement.

1.1.3. L'Héroïne

L'héroïne ou diacéylmorphine est un dérivé de synthèse de la morphine introduit en médecine en 1898, dans le traitement de la tuberculose. La généralisation de sa prescription dans un grand nombre d'indication peu ou inadaptée banalise son usage au début du XXème siècle et a été à l'origine d'innombrables cas de toxicomanie. L'usage médical de l'héroïne est totalement interdit en 1956 au Etats-Unis, cette prohibition prépara le terrain à la convention unique de 1961 qui régleme au plan mondial le recours à l'héroïne. De ce fait son utilisation légale est variable selon les pays, prescription prohibée en France quelle que soit l'indication (douleurs ou substitution).

1.1.3.1. Son usage

C'est une poudre blanche et cristalline. Elle peut être utilisée de diverses façons :

- Par injection intraveineuse : elle expose aux risques les plus importants, donne l'effet violent du flash recherché par les usagers. Les doses utilisées varient selon le degré de tolérance.
- Par voie per nasale (Sniffée)
- Mélangée à du tabac ou du cannabis elle peut être fumée dans des pipes a eau, pipe classique, voire sous forme de cigarette. Une forme spécifique d'héroïne, appelée tar (goudron) sous forme de petits morceau pâteux noirâtre est essentiellement destinée à être fumée.

1.1.3.2. Action pharmacologique

Ces propriétés sont comparables à celle de la morphine dont elle dérive. Plus liposoluble, elle agit plus vite et plus intensément mais de façon plus brève sur le SNC.

1.1.4. La Codéine

La codéine ou méthylmorphine est un alcaloïde isolé de l'opium, elle est utilisée pour ses propriétés antitussives et analgésiques. Il s'agit d'un produit sept fois moins puissant que la morphine.

Les premiers cas de codéinomanie furent décrits chez les patients auxquels on l'administrerait par voie injectable pour traiter leur dépendance à la morphine. Une dépendance peut survenir même lors d'une utilisation par voie orale. Lorsqu'elle est injectée, son action et ses effets sont comparables à ceux de la morphine. Administrée par voie orale elle a une action analgésique plus faible mais des effets indésirables qualitativement identiques : dépression respiratoire, nausées, vomissements, constipation.

L'usage de la codéine s'inscrit souvent dans le cadre d'une polytoxicomanie, mais elle a longtemps servi (avant le développement de la politique de la substitution) de drogue d'appoint chez les héroïnomanes en manque, ou dans le cadre d'une tentative d'autosubstitution. Sa consommation supprime en effet rapidement les manifestations de manque et il est facile de s'en procurer en officine sans ordonnance, à un prix très faible. Les usagers en absorbent souvent cinquante à cent fois la dose thérapeutique de façon à ressentir une certaine euphorie et calmer les signes de manque à l'héroïne.

Il reste difficile d'évaluer avec précision l'ampleur de la consommation de ce produit ; mais pendant longtemps, et avant la généralisation des pratiques de substitution « officielle », la vente de la principale des spécialités contenant de la codéine « Néocodion® » ont avoisiné les dix à onze millions de boîtes/an.

1.1.5. Opiacés prescrits dans le cadre des traitements de substitution

La Méthadone et la Buprénorphine haut dosage sont les deux médicaments ayant l'AMM pour la pharmacodépendance majeure aux opiacés. Leurs modalités d'action et présentation seront développées ultérieurement.

1.1.6. Antagonistes opiacés

Les modes d'actions de La Naloxone et de la Naltrexone seront développés par la suite.

1.2. Tendances (2)

1.2.1. Utilisation de substance psychoactives en France

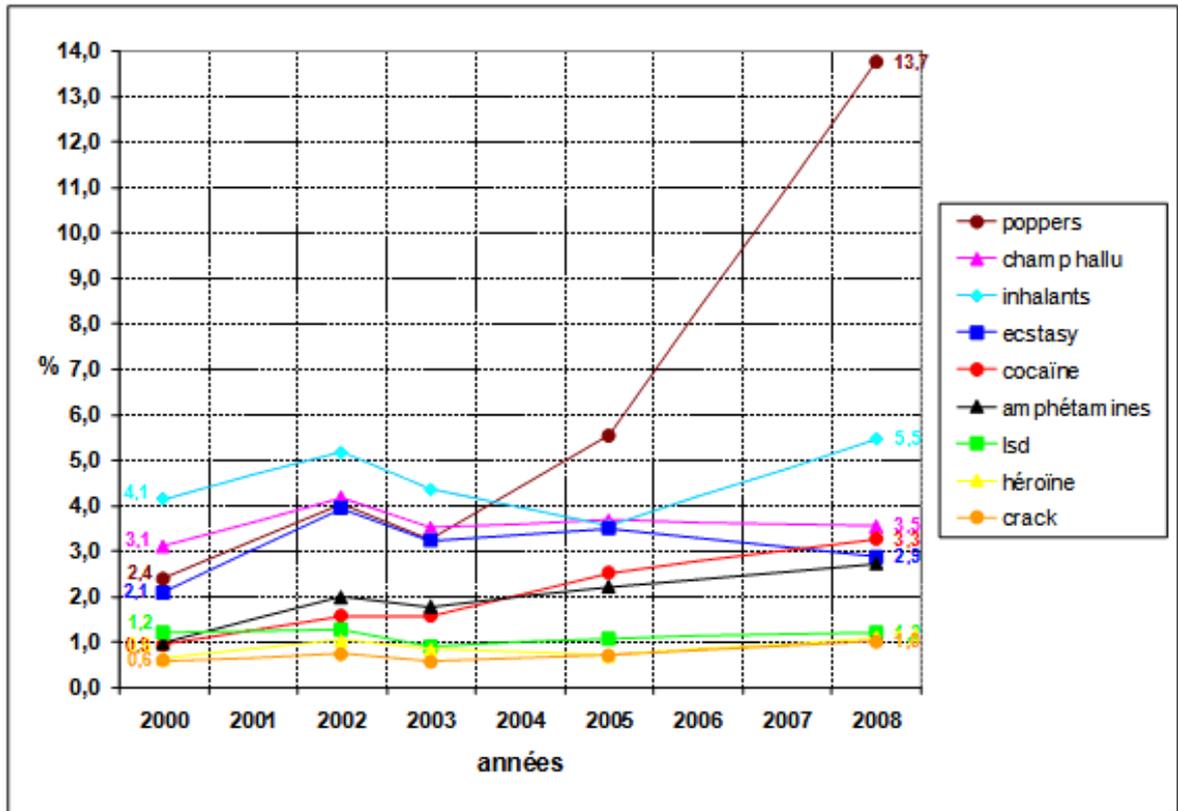
Entre 2000 et 2008, les niveaux d'expérimentation des produits psychoactifs illicites hors cannabis ont augmenté. Quatre groupes de produits se distinguent.

Le premier comprend la cocaïne et les amphétamines, en hausses parallèles et continues depuis 2000 dont les expérimentations avoisinent désormais les 3 %.

Le deuxième réunit l'ecstasy et les champignons hallucinogènes, en légère baisse depuis 2005.

Le troisième regroupe le LSD, l'héroïne, le crack, dont les niveaux croissent (sauf LSD), mais restent inférieurs ou proches de 1 %.

Enfin, le dernier rassemble les inhalants, aux évolutions en dents de scie mais en augmentation depuis 2005 et le poppers dont l'expérimentation apparaît en très nette hausse depuis 2003 et surtout depuis 2005. Cela pourrait être en lien avec le changement de statut légal de ces produits dont la vente était contrôlée (limitée aux majeurs dans les sex-shops) avant d'être interdite en novembre 2007. De plus, la visibilité et la disponibilité de ces produits sont également croissantes sur Internet. En 2008, les poppers dominent donc largement les expérimentations de produits psychoactifs illicites et l'expérimentation d'ecstasy est désormais moins courante que celle de cocaïne.



Sources : ESCAPAD 2000-2002-2003-2005-2008, OFDT

Figure 1. Usage au cours de la vie de substances psychoactives (hors alcool, tabac et cannabis) parmi les 17 ans Évolutions depuis 2000

1.3. **Addiction : définition et intérêts** (3) (4) (5)

1.3.1. **Historique** (6)

Le terme d'addiction trouve ses origines dans le droit romain ancien et reste utilisé dans ce même contexte juridique jusqu'au Moyen âge en Europe occidentale. L'addiction correspondait à un arrêt du juge donnant « au plaignant le droit de disposer à son profit de la personne même d'un débiteur défaillant » : il s'agissait donc d'une véritable contrainte par corps. C'est dans les pays anglo-saxons que le terme d'addiction apparaît initialement en psychiatrie, désignant les toxicomanes. De son usage initial, son utilisation va progressivement s'étendre à d'autres catégories cliniques qui, pour certaines, présentent des similitudes, notamment au niveau comportemental. Néanmoins, entendu dans son sens le plus couramment employé, il recouvre les comportements d'utilisation pathologique de substances telles que les drogues, les médicaments et l'alcool.

1.3.2. **Définition** (7)

En se basant sur les travaux de Peele , Goodman proposa en 1990 dans une perspective cognitivo-comportementale une critériologie calquée sur celle utilisée pour le diagnostic des troubles mentaux dans le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4) pour définir une « nouvelle catégorie de troubles Psychiatriques » : le trouble addictif (addictive disorder) dont il affirme qu'il est « égal à la dépendance plus la compulsion » au sens que prennent ces termes dans la terminologie de la théorie de l'apprentissage et du comportement.

L'addiction se traduit donc par « l'impossibilité répétée, pour un sujet, de contrôler un comportement qui vise à produire un plaisir ou écarter une sensation de malaise interne et qui est poursuivi en dépit de ses conséquences négatives ».

Pour une évaluation des troubles addictifs, Goodman a proposé les critères suivants (8) :

Critères pour le diagnostic de troubles addictif (GOODMAN, 1990)

- A. Echecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique.
- B. Sentiment de tension augmentant avant de débiter le comportement.
- C. Sentiment de plaisir, de soulagement en entreprenant le comportement.
- D. Sentiments de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement.
- E. Au moins 5 des items suivants :
 1. Fréquentes préoccupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation.
 2. Fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée.
 3. Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement.
 4. Importante perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets.
 5. Réalisation fréquente du comportement lorsque des occupations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies.
 6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement.
 7. Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement.
 8. Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité.
 9. Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi.
- F. Certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

En résumé, l'addiction se caractérise par :

- l'impossibilité répétée de contrôler un comportement ;
- la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne.

1.3.3. Intérêts du concept de pratiques addictives ⁽⁹⁾

Le rassemblement sous le terme de « pratiques addictives » permet :

- Un abord commun, plus objectif et comparatif, de leurs effets et leurs coûts.

L'intégration dans les pratiques addictives de celles liées au tabac à l'alcool et aux médicaments psychotropes permet de comparer le plus objectivement possible, leurs effets, les pathologies induites, leurs conséquences et leurs coûts, à ceux des différentes toxicomanies.

- Dépasser la loi de 1970 qui globalise les différents produits illicites et assimile tout consommateur à un délinquant.
- Sortir des vocables commodes et stigmatisant « alcoolisme », « toxicomanie » :
En effet tout utilisateur d'alcool ou de stupéfiants, même chronique, ne présente pas un comportement addictif si on ne trouve pas l'avidité, la répétition et l'impossibilité de lutter contre la dépendance.

Ce qui signe l'addiction, ce n'est pas le produit mais l'utilisation qu'en fait le sujet. D'où l'importance d'une distinction entre : usage, abus et dépendance.

1.4. Comportements de consommation de substances psychoactives

1.4.1. Usage ⁽¹⁰⁾

L'usage ne saurait être considéré comme pathologique, puisqu'il n'entraîne pas de dommage. Néanmoins, il faut savoir que certaines formes d'usages comportent des risques.

Usages à risque : Dans certaines circonstances ou situations, une consommation apparemment socialement réglée est susceptible d'entraîner des dommages. Il est important de préciser les caractéristiques de ces usages à risque qui font le lit de l'abus et de la dépendance.

On peut regrouper ces usages à risque en deux catégories :

- le risque situationnel (conduite de véhicules mais également grossesse)
- le risque quantitatif ou consommation au-delà de certaines quantités telles que définies, par exemple, par l'OMS (Organisation mondiale de la santé pour l'alcool), c'est-à-dire la consommation régulièrement excessive de substances psychoactives.

1.4.2. L'abus / usage nocif ⁽¹¹⁾

L'abus, défini par le DSM-IV⁽¹²⁾ ou l'usage nocif de la CIM-10⁽¹³⁾ (Classification internationale des maladies 10ème révision), de substances psychoactives posent un réel problème conceptuel et de positionnement : il est difficile de parler de maladies, alors que cet état est réversible, en grande partie sous l'effet de la volonté du consommateur, et qu'il ne se différencie que progressivement de la consommation d'usage. Toutefois, l'existence des complications somatiques ou psychiatriques et des dommages sociaux, familiaux ou juridiques induits justifie de parler de « troubles liés à la consommation de... » et de proposer une véritable réponse sanitaire d'aide à la gestion de ces comportements nocifs.

L'intérêt majeur de cette définition a justement été de faire reconnaître qu'il y avait un problème, un « trouble », et de faire admettre que cette modalité de comportement de consommation (qui entraînait des dommages physiques, psychiques et sociaux, alors même que le sujet n'était pas encore dépendant) devait être considéré et traité comme une entité pathologique. Il s'agit là d'un changement conceptuel majeur qui permet de faire basculer ces conduites de consommations nocives du champ de la prévention à celui de la pathologie et d'instaurer une légitimité médicale à traiter.

L'acte médical s'appuie alors sur une nécessité de soins, et non plus sur de vagues considérations préventives, toujours plus ou moins suspectes d'aprioris moraux. La reconnaissance par le corps médical de l'existence d'une consommation nocive rend plus difficile le déni, individuel et collectif, dans la mesure où il existe des données objectives et un consensus scientifique. L'enjeu est donc de taille.

La CIM-10 définit ainsi « l'utilisation nocive pour la santé » F1x.1, ici des médicaments de substitution :

Mode de consommation d'une substance psycho-active qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques (p.ex. hépatite consécutive à des injections) ou psychiques (p.ex. épisode dépressifs secondaires à une forte consommation d'alcool).

Directives pour le diagnostic

Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques.

Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui ou par l'environnement culturel et les conséquences sociales négatives (p.ex. une arrestation, la perte d'un emploi ou des difficultés conjugales) ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic.

De même, une intoxication aiguë (F1x.0) ou une « gueule de bois » ne sont pas en elles-mêmes « nocives pour la santé » selon la définition donnée ici.

Enfin, on ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance (F1x.2), un trouble psychotique (F1x.5) ou un autre trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psycho-actives.

1.4.3. Dépendance (14) (15)

Fouquet avait énoncé, à propos de l'alcoolisme, une image condensée qui représente très clairement la dépendance et peut s'appliquer aux autres consommations de substances psychoactives : « l'impossibilité de s'abstenir de consommer ».

Il est habituel de distinguer :

La dépendance psychique définie par le besoin de maintenir ou de retrouver les sensations de plaisir, de bien-être, la satisfaction, la stimulation que la substance apporte au consommateur, mais aussi d'éviter la sensation de malaise psychique qui survient lorsque le sujet n'a plus son produit (le sevrage « psychique »). Cette dépendance psychique a pour traduction principale le craving ou recherche compulsive de la substance, contre la raison et la volonté, expression d'un besoin majeur et incontrôlable et qui persiste après des mois et des années d'abstinence.

La dépendance physique définie par un besoin irréprensible, obligeant le sujet à la consommation de la substance pour éviter le syndrome de manque lié à la privation du produit. Elle se caractérise par l'existence d'un syndrome de sevrage (apparition de symptômes physiques en cas de manque) et l'apparition d'une tolérance (consommation quotidienne nettement augmentée). Cette dépendance physique n'est pas obligatoire pour porter le diagnostic.

Le DSM-IV définit ainsi « la dépendance à une substance » :

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré,
 - b. Effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance ;
2. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a. Syndrome de sevrage caractéristique de la substance.
 - b. La même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu ;
4. Il y a un désir persistant ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance ;
5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p.ex. : consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (p.ex. fumer sans discontinuité), ou récupérer de ses effets ;
6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance ;
7. L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (p.ex. : poursuite de la cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool)

1.4.4. **Mésusage** (16) (17) (18)

On définit le mésusage comme un usage inapproprié par rapport aux données de référence pertinentes (le résumé des caractéristiques du produit, les recommandations de bonnes pratiques, les conférences de consensus, les fiches de service médical rendu (SMR) et d'amélioration du service médical rendu (ASMR), les fiches de transparence, survenant au cours de la chaîne des soins, exposant un patient donné à un risque avéré ou potentiel, sans bénéfice corrélatif.

On entend par la chaîne de soins, l'ensemble du circuit du médicament prescription, dispensation, préparation, administration, surveillance concernant tous les acteurs de santé, le patient et leurs environnements.

Ce terme est parfois un peu ambigu: en effet, en anglais, le terme correspondant, *misuse*, désigne plutôt l'abus ou le détournement de médicaments. Mésusage ne doit pas être employé comme synonyme d'abus ou de détournement.

La mauvaise utilisation est particulièrement visible pour la buprénorphine, mais existe aussi pour la méthadone.

Les problèmes rapportés sont notamment :

- l'utilisation de la buprénorphine par injection IV (selon les études analysées, 13 à 46 % des personnes traitées par la buprénorphine l'utilisent par injection IV avec une fréquence variable, de tous les jours à moins d'une fois par mois) ;
- les complications dues à l'injection par voie IV ou pernasale ;
- le risque de décès associé à la méthadone et/ou aux polyconsommations ;
- les coprescriptions de benzodiazépines (BZD)
- la dévalorisation du traitement pour la personne traitée et son entourage du fait de sa mauvaise utilisation ;
- l'émergence d'une dépendance primaire aux MSO médicaments de substitution (buprénorphine, voire méthadone).

Les facteurs de mauvaise utilisation des MSO sont variés et souvent imbriqués :

- facteurs liés aux médecins prescripteurs, concernant notamment le choix du cadre de soins (CSST, établissement de santé ou médecine de ville) et du MSO, et le respect des modalités de prescription (indication en cas de pharmacodépendance aux opiacés, posologie, durée de prescription, etc.)
- facteurs liés aux pharmaciens, concernant les modalités de dispensation des MSO ;

1.4.5. Lutte contre la mauvaise utilisation des MSO ⁽¹⁹⁾

Il faut agir sur les facteurs liés aux prescripteurs, aux pharmaciens et aux personnes dépendantes:

1. Le diagnostic de la dépendance aux opiacés ;
2. Le début du traitement, le choix du MSO et du cadre de prise en charge ;
3. Les modalités de prescription et de dispensation des médicaments de substitution : rythme des visites, posologies prescrites, dispensation du traitement et chevauchement des ordonnances
4. Le suivi et réévaluation du traitement ;
5. La continuité des soins : ruptures de prescription, prescriptions d'urgence, prescriptions dites de dépannage.
6. L'information des personnes dépendantes et la réévaluation régulière de leurs attentes, de leurs besoins et de leurs difficultés sont des éléments clés pour la qualité de la prise en charge et de l'alliance thérapeutique.

Un autre moyen pour lutter contre les mauvaises utilisations des MSO est d'agir sur les facteurs liés à l'organisation des soins :

- Lutter contre l'isolement des prescripteurs :
- Dynamiser et coordonner l'offre de soins ;
- Développer et diffuser des fiches d'information destinées aux médecins prescripteurs, utilisables comme rappels lors de la prescription.
- Place du réseau de santé.

2. Neurobiologie de l'addiction (20) (21) (22)

La description des différents mécanismes et système neuronaux mis en jeu au niveau du cerveau, lors de la prise d'une drogue permet de mieux comprendre le plaisir et la dépendance psychique éprouvée par l'utilisateur, et la dangerosité plus ou moins marquée du produit. Elle permet aussi de préciser le rôle clé joué par l'environnement dans les phénomènes de dépendance, de concevoir les phénomènes de tolérance et de dépendance physique comme un ensemble de mécanismes adaptatifs progressivement mis en place par l'organisme dans le but de contrecarrer les multiples dérèglements induits par la drogue.

2.1. Le cerveau « sain »

2.1.1. Circuit du plaisir (23)

Le système dopaminergique méso-cortico-limbique encore appelé « système de récompense et de punition » est le système qui gère nos désirs, nos plaisirs et nos émotions. C'est lui qui permet d'analyser et de répondre aux différentes émotions positives ou négatives ressenties.

Ce système est programmé dès l'enfance en fonction des expériences précoces de plaisirs et de déplaisirs corporels, puis des expériences émotionnelles et de développement des liens d'attachement. Il apprend à reconnaître précocement ce qui est bon ou mauvais pour soi, ce dont on peut s'approcher et ce qu'il faut éviter puis par extension, les individus et les situations susceptibles de nous faire du bien et celles qu'il convient d'éviter. Les événements, émotions et stress précoces préparent ainsi la sensibilité et la réactivité de ce système.

On sait désormais que c'est en agissant sur les voies neuronales de ce système et en forçant les neurones dopaminergiques, directement ou indirectement (par intermédiaire d'interneurones GABAergiques, opioïdiques, par les récepteurs cannabinoïdiques ou par l'intermédiaire d'une hyperréactivité de l'axe cortico-hypotalamo-hypophyso-corticosurrénalien), que les différentes « drogues » arrivent à rendre l'homme ou l'animal dépendants. Il n'est pas étonnant de trouver une confirmation neurobiologique aux classiques descriptions cliniques qui mettent en évidence que l'addiction consistait à remplacer ou à éviter une émotion par une sensation.

2.1.1.1. Description neuro-anatomique (24) (25)

Les sources du plaisir sont des récompenses naturelles : nourritures, boisson, sexe, affection. Selon le principe des processus opposants, proposé par Solomon dès 1980⁽¹⁸⁾, le plaisir ne peut être séparé de son contraire, l'aversion ou la douleur. Chez l'animal, le couple plaisir/aversion peut être modélisé par des systèmes physiologiques de récompense et de punition proches sur le plan neuroanatomique.

Le système de récompense/punition est un circuit anatomique correspondant au système mésocorticolimbique⁽²⁶⁾.

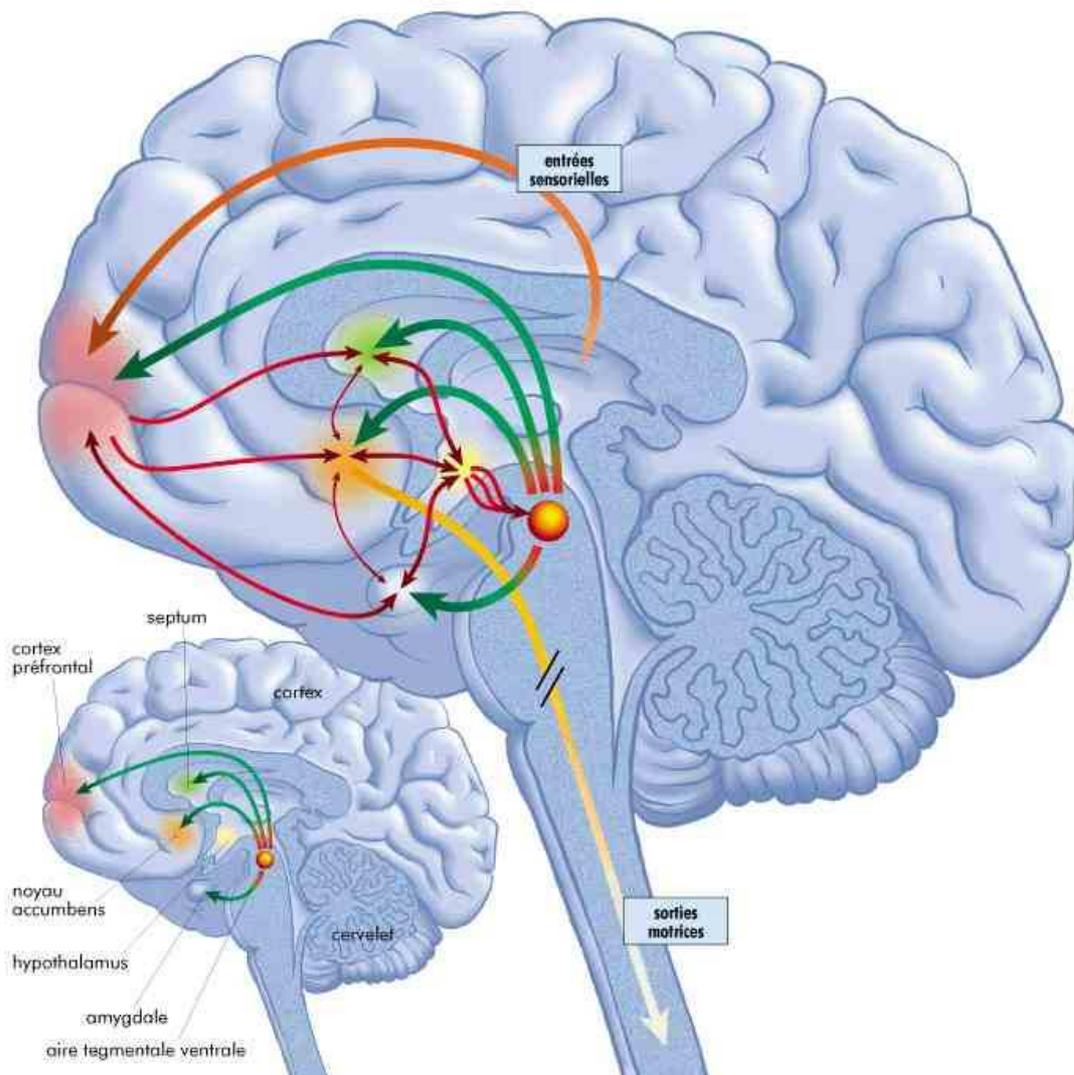


Figure 2 Le circuit de « récompense » cérébral : les voies dopaminergiques, mésolimbiques et mésocorticales.

Le circuit fonctionnerait de la façon suivante ⁽²⁷⁾ : L'arrivée d'un signal annonçant une récompense, après traitement sensoriel par le cortex, modifie l'activité de certains neurones de l'aire tegmentale ventrale. Ceux-ci libèrent de la dopamine dans le septum, le noyau accumbens, l'amygdale et le cortex préfrontal (flèches vertes). Le noyau accumbens intervient dans l'activation motrice de l'animal. Le cortex préfrontal est impliqué dans la focalisation de l'attention. Toutes ces cibles sont interconnectées et innervent l'hypothalamus (flèches rouges), l'informant de la présence d'une récompense. Chaque structure cérébrale participerait ainsi, pour sa part, aux aspects moteurs, cognitifs et affectifs de la réponse.

Le circuit mésolimbique implique un ensemble de neurones dopaminergiques (neurones A10) situé, dans le tronc cérébral, au niveau de l'Aire Tegmentale Ventrale (ATV) qui projettent, via le faisceau médian, vers des structures du système limbique telles que le noyau accumbens, l'amygdale et l'hippocampe ⁽²⁸⁾. Ce circuit est impliqué dans les effets de renforcement, dans la mémoire et dans les réponses conditionnées liées aux conséquences motivationnelles et émotionnelles du manque et du besoin, d'affection et de relation, mais aussi de drogues.

Le circuit mésocortical inclut des projections de l'ATV vers le cortex préfrontal, orbitofrontal et cingulaire antérieur. Il serait, quant à lui, impliqué dans les conséquences cognitives de l'imprégnation émotionnelle et, en ce qui concerne la prise de drogues ⁽²⁹⁾, dans la recherche compulsive de ces drogues au détriment des autres intérêts et désirs.

2.1.1.2. Rôle de la dopamine :

La dopamine est **un neurotransmetteur clé** du système de récompense. Les récompenses naturelles (aliments, boissons, activité sexuelle) et la majorité des drogues addictives modifient la transmission dopaminergique ⁽²²⁾ ⁽²³⁾. En effet, ils en stimulent la libération par les neurones de l'aire tegmentale ventrale (ATV) dans le noyau accumbens⁽³⁰⁾.

La littérature souligne la notion de seuil dopaminergique variant en fonction de la récompense :

- Il augmente dans l'anticipation, l'attente de la récompense, du plaisir,
- Il augmente encore lors de la récompense,
- Le taux de dopamine ne retourne à son état basal qu'à l'obtention de celle-ci,

- Son absence, malgré le signal annoncé, fait que l'activité dopaminergique sera en dessous de ce seuil, ce qui entraînera au niveau clinique une sensation de mal-être, d'anxiété, d'irritabilité.

Dans le cas des récompenses naturelles qui concernent les deux versants du plaisir : le désir et la satisfaction, l'activité neuronale dopaminergique ne dure que quelques instants, mais dans le cas de l'administration d'une drogue, la libération de dopamine est beaucoup plus longue.

2.1.1.3. Rôle de sérotonine et la noradrénaline ⁽³¹⁾ :

La noradrénaline et la sérotonine sont deux grands **neuromodulateurs** qui contrôlent le cortex, qui lui-même contrôle le système dopaminergique.

La noradrénaline est un neurotransmetteur important pour l'attention, les émotions, le sommeil, le rêve et l'apprentissage. La noradrénaline est aussi libérée comme hormone dans le sang où elle contracte les vaisseaux sanguins et augmente la fréquence cardiaque.

La sérotonine contribue à diverses fonctions comme la régulation de la température, le sommeil, l'humeur, l'appétit et la douleur.

La sérotonine et la noradrénaline sont en lien étroit. Si on bloque ces deux voies en bloquant ces récepteurs, l'administration à l'animal de l'alcool, de la morphine, de l'amphétamine ou de cocaïne ne produit pas de découplage. Le simple fait de protéger ce système de communication juste avant de donner la drogue empêche le phénomène de se mettre en place ⁽³²⁾. Même dans le cas de l'alcool, il suffit de bloquer deux récepteurs pour qu'il perde ses propriétés.

2.2. Cerveau « addict » (33) (34)

2.2.1. Dérèglement du système dopaminergique de récompense : installation de l'addiction

L'addiction est un processus complexe par lequel un comportement, qui peut fonctionner à la fois pour produire du plaisir et soulager un malaise intérieur, se caractérise par l'échec répété dans le contrôle de ce comportement et la persistance de ce comportement en dépit de conséquences négatives significatives (perte de contrôle).

On peut maintenant décrire les mécanismes d'installation des actions comme la prise chronique de drogues entraînant une activation anormale et répétée du système dopaminergique mésocorticolimbique .

Pour compenser cette surstimulation répétée, des systèmes de compensation sont activés, c'est ce que l'on appelle classiquement les mécanismes opposants. Ces anomalies du système dopaminergique mésocorticolimbique sont désormais clairement identifiables en neuro-imagerie, ainsi que les mécanismes d'adaptation qui en découlent, et on peut donc clairement représenter les circuits altérés par la prise chronique de drogues.

De multiples travaux (Koob 1998, Maldonado 2003, Nestler 2001, Volkow 2002, ...) permettent d'affirmer que toutes les substances psychoactives susceptibles d'entraîner une dépendance amènent une hyperdopaminergie soit directement dans le cas de cocaïne, de l'ecstasy ou des amphétamines (par inhibition de la recapture), soit de façon plus indirecte par une action sur les interneurons et sur les récepteurs GABAergiques et opioïdes qui viennent moduler ce fonctionnement du neurone dopaminergique (Cf figure 3) (35).

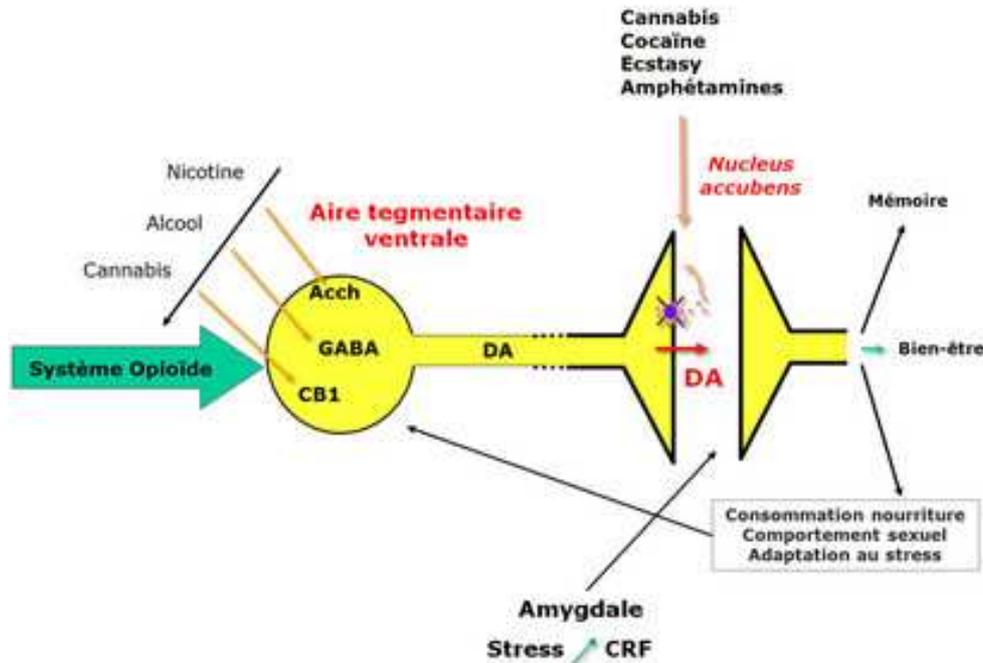


Figure 3. Dérèglement du système dopaminergique de récompense par les drogues

De plus, la réponse à la prise de drogues n'est pas influencée par un phénomène d'habituation à l'opposé des récompenses naturelles. Chaque nouvelle prise de produit entraîne une libération dopaminergique.

C'est cette surstimulation anormale et répétée qui entraînera les processus d'adaptation et la mise en route de ce qu'on appelle les systèmes opposants, afin d'essayer de réduire les effets de cette surstimulation (36).

Mais c'est bien parce que les drogues agissent en mimant les neuromédiateurs naturels et en venant forcer les serrures qui modulent les sécrétions dopaminergiques que s'effectuera leur action délétère. En général, les récepteurs aux drogues psychoactives (tels que les récepteurs opioïdes, les récepteurs cannabonoïdes, les récepteurs GABAergiques, les récepteurs cholinergiques) ont été découverts avant les neuromédiateurs endogènes correspondants à ces récepteurs (enképhaline, GABA, glutamate, acétylcholine, endocannabinoïde, ...).

Nous ne possédons pas des récepteurs prévus pour les drogues ; bien au contraire, les drogues viennent s’immiscer et altérer le fonctionnement des récepteurs en mimant l’action de nos neuromédiateurs et neurotransmetteurs naturels. Les drogues agissent comme un leurre pharmacologique, et si elles agissent si bien, c’est parce qu’elles touchent à des mécanismes fondamentaux de gestion du plaisir et de la souffrance, du bien-être et du mal-être, de l’approche et de l’évitement. Il n’est donc pas étonnant que l’intuition clinique, qui consistait à dire que dans l’addiction, les sensations remplaçaient les émotions, se trouve ainsi confirmée : l’effet brutal du produit venant ainsi à la place de la modulation subtile des émotions.

2.2.2. Les circuits de l’addiction ^{(37) (38)}

Volkow a proposé un schéma synthétique de fonctionnement du cerveau « addict » (figure 4).

En situation normale, quatre circuits interagissent :

- Le circuit de la récompense ;
- Le circuit de la motivation ;
- Les voies de la mémoire ;
- Le contrôle cortical et intellectuel.

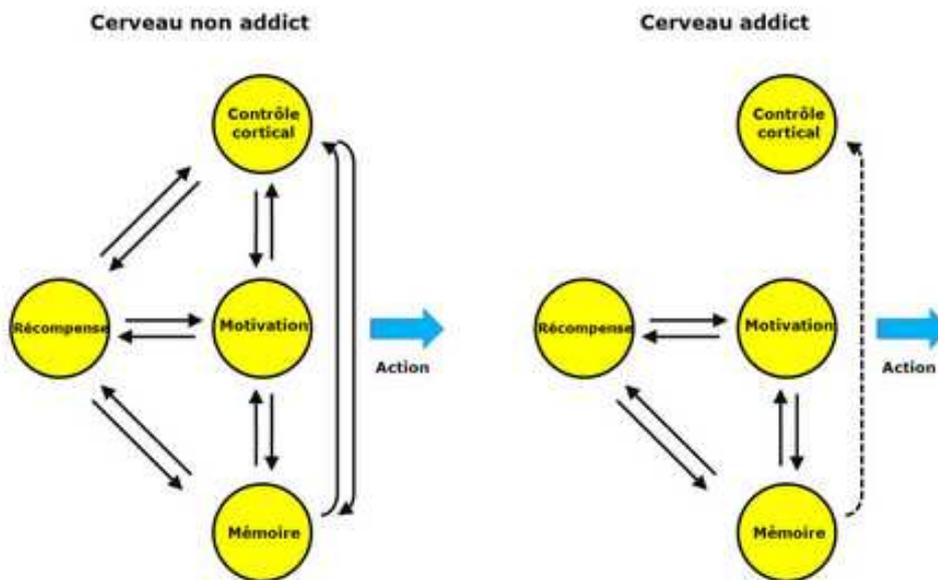


Figure 4. Schéma synthétique du fonctionnement du cerveau addict

L'équilibre entre ses quatre circuits aboutit aux actions adaptées à notre situation émotionnelle ou de besoin. En cas d'addiction, on assiste à un renforcement de la valeur du produit, aussi bien par la survalorisation du besoin que dans la motivation à s'en procurer, et à l'envahissement des circuits de la mémoire avec déconnexion partielle du circuit de contrôle inhibiteur exercé au niveau du cortex préfrontal par les associations corticales, le cerveau devient hypersensibilisé à la drogue et au stimuli environnementaux qui lui sont associés. Il accorde beaucoup moins d'importance aux intérêts, objectifs et motivations devenus secondaires par rapport au besoin obsédant du produit.

3. Les comorbidités ⁽³⁹⁾

La définition du mot comorbidité est pour certains auteurs: « tout état s'éloignant d'une certaine normalité, pathologique ou non, survenant chez un patient déjà atteint d'une maladie spécifique ».

On peut les classer en 2 groupes selon qu'elles soient secondaires ou non pour les maladies somatiques.

Pour d'autres auteurs dans le domaine psychiatrique, on définit la comorbidité comme « la survenue, chez un même sujet, soit de façon concomitante, soit au cours de l'évolution, de différents troubles mentaux ».

En faisant référence au modèle biopsychosocial, les causes de l'addiction étant multifactorielles (prédisposition génétique, facteurs psychologiques, facteurs environnementaux...), on va retrouver des:

- Co-morbidités psychiatriques
- Co-morbidités somatiques
- Co-morbidités sociales

Dans un premier temps et avant toute prescription, le médecin doit réaliser un examen médical complet et évaluer l'état clinique du patient :

- Examen clinique complet (état dentaire, tatou, piercing ...)
- Vaccinations à jour (tétanos, hépatite B),
- Interrogatoire a la recherche d'éléments utiles comme : traitement médicamenteux, antécédents médicaux (antécédents psychiatriques, hospitalisation, grossesse, les pathologies associées,...) et ceux de son entourage notamment de sa fratrie.
- Evaluation sociale : Statut familial, mode d'hébergement, ses conditions de vie, hygiène, alimentation, son activité professionnelle, ses ressources, activité professionnelle

Puis on fera une évaluation de :

- Ses conduites additives anciennes et actuelles
- La nature du ou des produits et le mode de consommation :

✓ Si voie intraveineuse :

- Préciser début et modalités des injections :

Si désinfection du matériel et de la peau avant et que deviennent les seringues usagers,

Combien d'injections par jour, seul ou a plusieurs ?

Préciser la nature des produits utilisés,

Préciser s'il y a déjà eu des incidents au cours des injections ou après,

Evaluer ses connaissances des risques infectieux liés à sa consommation de drogues.

✓ Si voie per nasale : indiquer la fréquence et les produits utilisés

Evaluer les connaissances du patient des risques infectieux qu'il encoure ?

Partage-t-il le matériel utilisé ?

Enfin on ajoute un bilan sanguin complet ainsi qu'un prélèvement urinaire sans oublier les sérologies VIH, VHC

Ceci nous permettra par la suite de proposer une primo-prescription adaptée à l'état clinique du patient et des prises d'opiacées retrouvés dans les urines au cours du deuxième entrevu.

3.1. Somatiques

Les comorbidités somatiques sont liées :

- Au toxique utilisé,
- Au mode de vie du sujet,
- Au mode de consommation (voie IV ou per nasale)
- A l'état physique antérieur de la personne consommatrice.

3.1.1. Comorbidités liés au toxique

Les opiacés peuvent être responsable d'un œdème pulmonaire en cas d'overdose, d'une pneumopathie d'inhalation, de poussière, d'une overdose, de dégradation de l'état physique, d'une aménorrhée et accouchements prématurés chez la femme...

3.1.2. Comorbidités liées au mode de vie du sujet

Sans être péjoratif ou généraliser à tout les usagers de drogues, le milieu de la toxicomanie reste assez précaire, d'où la difficulté de la prise en charge, absence de couverture sociale, de régularité des revenus, des problèmes d'hygiène, une marginalisation des patients souvent sans domicile fixe SDF...et surtout absence de suivi médical.

Les comorbidités les plus fréquentes sont :

- Cutanées : parasitoses cutanées (poux, gale ...), dermites, mycoses
- Des lésions bucco-dentaires, candidoses buccales : La diminution de la sécrétion salivaire induite par les drogues consommées favorise la formation de caries. Le retard à la consultation dentaire explique la répétition des infections bucco-dentaires et la formation d'abcès.

Les foyers infectieux dentaires peuvent être à l'origine de fièvres inexplicables et le point de départ d'infections profondes, à distance, comme les endocardites, les septicémies, etc.

Il est important de consulter régulièrement un dentiste.

- Des IST : les conditions de vie précaires d'une partie des usagers de drogues, l'instabilité affective et parfois la prostitution, qui n'est pas exclusivement féminine, favorisent la transmission d'IST.

Les usagers de drogues qui se prostituent sont particulièrement vulnérables face à des clients qui ne souhaitent pas utiliser de préservatifs.

Le port du préservatif (masculin ou féminin) est systématiquement recommandé.

- Tuberculose: favorisée par le mode de transmission par voie aérienne, la précarité, et l'immunodépression.
- Tétanos

3.1.3. Comorbidités liées à l'injection intra-veineuse ⁽⁴⁰⁾

Elles ne sont pas directement liées aux produits injectés mais aux conditions d'hygiène et au matériel utilisé : d'une simple trace de piqûre à des abcès disséminés, sclérose veineuse, veinite, périphlébite, phlébite, nécrose voire une septicémie ou des complications infectieuses (endocardite infectieuse, pathologies pulmonaires, candidoses disséminées, infections cérébrales, infections ostéoarticulaires, pathologies virales...)

Les pathologies virales qui sont très fréquentes également :

3.1.3.1. Hépatite C ⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾

On estime à 5000 par an le nombre des nouveaux cas d'hépatite C, dont 80% sont des toxicomanes ou ex-toxicomanes au moment du diagnostic d'où intérêt du dépistage et la prévention à la première consultation. La prévention est difficile vu la grande résistance du virus VHC en dehors du milieu biologique. Ceci explique qu'il est nécessaire de reprendre des éléments éducatifs précis sur le mode de transmission avec le patient.

L'hépatite C se transmet essentiellement par voie sanguine directe ou à partir de matériel contaminé par du sang infecté : matériel d'injection, de sniff, de consommation de crack, de tatouage, de piercing ou objets quotidiens susceptibles d'être partagés (brosse à dents, rasoir, pince à épiler, tondeuse...).

La transmission périnatale est possible mais très rare (5 % de risques de transmission). Ce risque augmente cependant considérablement dans le cas de mères co-infectées par le VIH et l'hépatite C (20 % de risques de transmission).

La transmission sexuelle est rare. Elle existe en cas de lésions (herpès ou microlésions lors de la pénétration anale), de présence de sang (règles) et de rapports sexuels traumatiques.

- ***Risques évolutifs***

La phase aiguë de l'hépatite C est le plus souvent inapparente. L'infection à VHC guérit spontanément dans 20 % des cas. Ces personnes guéries spontanément n'ont aucune immunité contre une réinfection. Dans 80 % des cas, l'infection va évoluer vers une hépatite chronique.

Les symptômes de l'hépatite C chronique se limitent souvent à une simple fatigue dont l'intensité varie d'un jour à l'autre d'où la difficulté de diagnostic de la maladie.

En l'absence de suivi et de traitement, l'évolution spontanée de l'hépatite C chronique aboutit, dans 20 % des cas, à une cirrhose avec un risque ultérieur de développer un cancer du foie.

La consommation d'alcool, de certaines drogues (cocaïne, amphétamines, crack) et de certains médicaments peuvent aggraver les lésions du foie et accélérer l'évolution vers la cirrhose. Dans une moindre mesure, le tabac et le cannabis ont eux aussi un impact défavorable.

La persistance de l'usage de drogues par voie injectable ou nasale expose à une surinfection par d'autres types du VHC (il en existe plusieurs, certains sont plus difficiles à traiter que d'autres).

En cas de cirrhose, la plupart des drogues risquent de majorer le risque de toxicité cérébrale et d'encéphalopathie hépatique. C'est pourquoi il est nécessaire, en cas d'insuffisance hépatocellulaire d'adapter les posologies d'un traitement de substitution comme la BHD.

- **Traitement** (43) (44)

Le traitement de l'hépatite C chronique est pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

Le traitement actuel est une bithérapie associant un interféron pégylé et Ribavirine, dont le but est l'éradication du virus et la stabilisation de la fibrose, avec des effets secondaires très nombreux :

- Peu graves mais fréquents: syndrome pseudo-grippal, troubles digestifs, asthénie ++, amaigrissement, douleurs musculo-articulaires, perte de cheveux, troubles de l'humeur, réactions aux points d'injection
- Sévères : cardio-vasculaire (trouble du rythme, insuffisance coronarienne), dépression, trouble psychotiques, comitialité
- Spécifiques à l'interféron pégylé : hématologiques (neutropénies, thrombopénies, anémies), hyperglycémie, décompensation d'un diabète, décompensation ou induction de pathologies auto-immunes, altération de la fonction rénale
- Attribués à la ribavirine: anémie hémolytique, effet tératogène

Le traitement certes est difficile et contraignant, d'où un véritable problème de santé publique et l'importance du dépistage, d'une prévention plus efficace des populations à risque et un accompagnement avant, pendant et après le traitement.

- **Le dépistage**

Tous les usagers de drogues doivent pouvoir bénéficier d'un test de dépistage régulièrement répété (tous les 6 mois si les marqueurs sont négatifs s'ils persistent dans les conduites à risques).

Ce test régulièrement répété peut être réalisé :

De manière anonyme et gratuite (y compris pour les mineurs et les personnes sans couverture sociale), dans les Centres d'information et de dépistage anonyme et gratuit (CIDAG), les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ;

Sur prescription médicale, dans un laboratoire d'analyses : le test est payant mais remboursé à 100 % par la Sécurité sociale (pour les assurés sociaux).

Tout test positif doit être confirmé et accompagné d'une recherche de virus. L'absence de virus signifie la guérison naturelle.

- **Prévention**

Il n'existe pas actuellement de vaccin contre le VHC.

Pour les usagers de drogues par voie intraveineuse, la prévention de la transmission du virus de l'hépatite C repose avant tout sur :

- L'abandon de l'injection (facilité dans le cas d'usage d'opiacés par les traitements de substitution) ou, à défaut, sur l'utilisation de matériel d'injection stérile et à usage unique ;
- L'utilisation, en cas de pratique parallèle ou alternative du sniff, d'une petite feuille de papier propre, à usage personnel et unique ;
- Le non-partage de la pipe en cas de consommation de crack/freebase ;
- Le non-partage des objets de toilette personnels (rasoir, brosse à dents, coupe-ongles...) qui sont des règles d'hygiène de base;
- L'utilisation de préservatifs (masculin ou féminin) et de gel lubrifiant (à base d'eau ou de silicone) pour tout rapport sexuel.
- Tatoueurs et perceurs, professionnels ou non, doivent utiliser du matériel à usage unique. La javellisation n'élimine pas totalement le risque d'infection.

3.1.3.2. Hépatite B :

On compte 5 à 10% de porteurs chroniques avec un potentiel évolutif vers une hépatite chronique active, une cirrhose et enfin un carcinome hépato-cellulaire. Les modes de contamination sont parentérale et/ou percutanée, sexuelle, materno-fœtale et intrafamiliale.

Le vaccin reste le meilleur moyen de prévention.

- ***Modes de transmission***

L'hépatite B peut se transmettre par voie sanguine directe ou à partir de matériel contaminé par du sang infecté : matériel d'injection, de sniff, de consommation de crack, de tatouage, de piercing ou objets quotidiens susceptibles d'être partagés (brosse à dents, rasoir, pince à épiler, tondeuse...).

L'usage de drogues par voie intraveineuse augmente considérablement le risque de transmission du VHB.

L'hépatite B peut également se transmettre par voie sexuelle. Le risque de transmission sexuelle augmente en cas d'infection associée avec le VIH.

La transmission périnatale est possible (en ce cas, on traite l'enfant à la naissance, par injection d'immunoglobulines et vaccin).

- ***Risques évolutifs***

L'hépatite B aiguë peut être symptomatique et donner lieu, exceptionnellement, à une hépatite fulminante (insuffisance hépatique aiguë compliquée d'encéphalopathie).

L'hépatite B chronique peut évoluer si elle n'est pas traitée vers une cirrhose et un cancer du foie.

- ***Traitement***

Des traitements antiviraux (interféron et inhibiteurs nucléosidiques) contre le VHB sont disponibles. Ils permettent de stabiliser efficacement l'infection mais non d'en guérir, contrairement au traitement de l'hépatite C. C'est pourquoi il est important que les personnes à risque (ainsi que leurs enfants et leur entourage) se fassent vacciner. Le traitement de l'hépatite B chronique est pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

- ***Dépistage***

Les usagers de drogues par voie intraveineuse sont une population à haut risque pour le VHB. Il est fortement recommandé d'effectuer un dépistage avant toute vaccination; il est assez fréquent de dépister des porteurs chroniques du VHB qui avaient été vaccinés et se croyaient protégés.

Un test de dépistage peut être réalisé par les mêmes organismes que le dépistage du VHC vu précédemment

- ***Vaccination***

Le vaccin est la protection la plus efficace contre l'hépatite B. Il a considérablement diminué le risque de contracter cette maladie, en particulier pour les usagers de drogues par voie intraveineuse. Le schéma vaccinal comprend actuellement trois injections à 0, 1 et 6 mois. Un rappel est recommandé en cas de baisse d'immunité chez les personnes exposées.

3.1.3.3. VIH ⁽⁴⁵⁾

On a remarqué une diminution du risque du fait du progrès thérapeutique (trithérapie) l'effet positif de la politique de réduction risque. stéribox, stérifiltre, préservatifs...

En France, 25% des malades du Sida sont toxicomanes ou ex-toxicomanes par voie IV mais peu de nouvelles contamination

- ***Transmission***

Le VIH peut se transmettre par voie sanguine directe ou à partir de matériel contaminé par du sang infecté : matériel d'injection, de sniff, de consommation de crack, de tatouage, de piercing ou objets quotidiens susceptibles d'être partagés (brosse à dents, rasoir, pince à épiler, tondeuse...).

Le VIH peut également se transmettre par voie sexuelle, lors de rapports non protégés, et par voie périnatale, de la mère à l'enfant.

- ***Traitement Post-Exposition***

Le traitement doit être commencé le plus tôt possible, au mieux dans les 4 heures suivant la prise de risque et au plus tard sous 48 heures. Il consiste en une association de plusieurs médicaments antirétroviraux ayant pour but de diminuer le risque d'implantation du virus.

Pour recevoir ce traitement, il faut se rendre au service des urgences de l'hôpital le plus proche. Le médecin hospitalier analyse avec la personne concernée la situation et l'importance du risque pris. En fonction de l'évaluation du risque, le traitement est proposé par le médecin pour une durée de quatre semaines.

- **Dépistage**

Il est important de traiter une infection par le VIH le plus tôt possible.

Les nouveaux traitements permettent de ralentir très nettement l'évolution et améliorent considérablement la qualité de vie des personnes atteintes. C'est pourquoi il est important que l'infection par le VIH soit diagnostiquée par une analyse sanguine et que tout porteur du virus soit régulièrement suivi.

Tous les usagers de drogues par voie intraveineuse doivent pouvoir bénéficier d'un test de dépistage éventuellement répété. Ce doit être également le cas pour leurs partenaires sexuels et les enfants nés de mère séropositive s'ils n'ont pas été suivis après leur naissance.

- **Risques évolutifs**

Dans les semaines suivant la contamination, le virus diffuse dans l'ensemble du corps, en particulier dans les ganglions et la rate. Cette période de primo-infection, parfois marquée par des symptômes (état fébrile, ganglions, éruption sur la peau) disparaît toujours, même en l'absence de traitement. Mais l'infection n'est éteinte qu'en apparence et le virus se multiplie activement.

Dans les années qui suivent cette première phase, les personnes atteintes ne ressentent habituellement aucun symptôme. Pourtant, dans 99 % des cas, le VIH détruit progressivement les cellules du système immunitaire et les organes lymphoïdes.

En l'absence de traitement, la forte diminution des défenses immunitaires expose la personne séropositive à la survenue d'infections dites « opportunistes» (pneumocystose pulmonaire, toxoplasmose cérébrale, tuberculose, lymphomes, sarcome de Kaposi...) ou d'atteintes graves du système nerveux. C'est la survenue d'une de ces maladies associée au déficit immunitaire qui définit le sida (syndrome d'immunodéficience acquise).

Les infections virales sont un problème de santé récurrent chez cette population à risque. Le pharmacien par la connaissance des différents aspects des maladies virales a un rôle essentiel convaincre le patient dans sa démarche préventive : son conseil simple et précis lui permet d'aider le patient et/ou le convaincre de se diriger vers des structures les plus adaptées à sa problématique.

3.1.4. Co morbidités liées à d'autres modes de consommation

D'autres modes de consommation que l'injection exposent aux risques infectieux.

Le sniff provoque des lésions nasales et certains produits, en particulier la cocaïne, sont sources de lésions des muqueuses.

Ces lésions peuvent favoriser la transmission des hépatites B et C et, dans une moindre mesure, du VIH (dont le virus est moins résistant à l'air libre que ceux des hépatites).

L'utilisation pour fumer de pipes à crack en verre, facilement cassables et conduisant la chaleur, expose la bouche à des brûlures et les mains à des coupures ; l'utilisation de cutters pour couper le crack expose, elle aussi, les mains à des coupures. Ces lésions peuvent constituer des portes d'entrée pour les virus des hépatites B et C, notamment lors du partage de la pipe entre usagers.

Pour réduire les risques infectieux liés à l'usage de la paille de sniff, il est conseillé de rouler une petite feuille de papier propre, à usage personnel et unique.

Pour réduire les risques infectieux liés à l'usage du crack fumé, il est nécessaire de promouvoir des stratégies de réduction des risques spécifiques à destination de cette population très vulnérable face aux risques infectieux.

3.1.5. Autres comorbidités :

- Troubles digestifs : diminution de l'appétit, constipation, dénutrition, intolérance digestive avec les codéinés.
- Endocrinologique /gynécologique: aménorrhée, oligoménorrhée, diminution de la libido pour les consommateurs d'opiacés.
- Hématologique : diminution de l'immunité, adénopathie, splénomégalie.
- Cérébral : œdème cérébral, encéphalopathie post anoxique.
- Rein : glomérulonéphrites, néphropathies tubulo-interstitielles aiguës (rhabdomyolyse).
- Générales : dénutrition, altération de l'état général, état bucco-dentaire désastreux...
- Complications materno-fœtales liées à la fréquence des infections génitales et au retentissement des drogues sur la grossesse et le nouveau-né.

3.1.6. Comorbidités spécifiques aux femmes

La précarité de certaines usagères de drogues peut entraver le suivi médical, notamment gynécologique. Ce manque de suivi gynécologique est particulièrement problématique lorsqu'on sait que certaines vaginites sont asymptomatiques et que la prise régulière d'opiacés masque les douleurs (en particulier celles provoquées par les rapports sexuels). Lorsqu'elles ne sont pas diagnostiquées à temps, ces infections peuvent se compliquer de salpingites (infections des trompes), favoriser ainsi les grossesses extra-utérines, et provoquer une stérilité définitive.

Précarité et promiscuité peuvent exposer les usagères de drogues (de crack et de cocaïne, en particulier) à des violences sexuelles et à des rapports forcés non protégés. La consommation de crack et de cocaïne peut provoquer une sécheresse, voire une irritation de la muqueuse qui favorise la transmission de toutes les IST.

Les grossesses chez les usagères de drogue sont des grossesses à risque qui imposent une surveillance et un accompagnement en équipe pluridisciplinaire. Dans un grand nombre de cas cette grossesse est le déclic permettant une prise en charge des troubles addictifs. Savoir communiquer, conseiller et orienter une UD qui fréquente la pharmacie pour des codéinés en vente libre ou des stéribox® et établir une relation de confiance peut être très bénéfique pour l'instauration d'un suivi médical et même un TSO.

3.2. Psychiatriques ⁽⁴⁶⁾ ⁽⁴⁷⁾

Drogues et psychopathologie « influencent réciproquement leurs manifestations et leurs évolutions en se succédant, s'intriquant et parfois se confondant » (Farges, 1998).

Néanmoins, il convient de distinguer ces diverses modalités :

- Trouble psychiatrique primaire et addiction secondaire (exemple : *prise d'une substance dans une phobie sociale pour assumer toute activité sociale*)
- Addiction primaire et trouble psychiatrique secondaire (exemple : *délire de persécution sous cocaïne*)
- Coexistence des deux en parallèles d'où une problématique plus complexe (exemple : *alcool et dépression*)

Ne traiter que la toxicomanie chez des personnes présentant parallèlement des troubles psychiatriques peut aggraver ceux-ci du fait de la fonction « auto-thérapeutique » des substances psychoactives dans le cas où la consommation de drogues constitue pour le sujet un moyen de tenter de contrôler des symptômes psychopathologiques sous-jacents (l'angoisse par les opiacés, l'inhibition par l'alcool ou les psychostimulants, la dépression par les amphétamines...).

Les comorbidités psychiatriques sont la principale cause de résistance au traitement de l'addiction. Elles sont sous estimées dans la pratique clinique. Elles sont les causes de l'échec du traitement alors que sa fréquence est particulièrement élevée (de 70 à 90 % parmi ceux qui sont demandeurs de soins). Ils semblent, de plus, jouer un rôle dans le pronostic : un grand nombre d'études a montré que les groupes de patients toxicomanes ne présentant pas de pathologie psychiatrique sont ceux qui connaissent la meilleure amélioration sous traitement, quelle que soit la nature de celui-ci.

3.2.1. Les troubles anxio-dépressifs⁽⁴⁸⁾

Les troubles de l'humeur, plus ou moins associés à des manifestations anxieuses, de troubles du sommeil, des troubles du comportement paroxystiques (violence, agressivité) ou des troubles des conduites alimentaires sont particulièrement observés chez ces patients, mais également des idées de dévalorisation et de culpabilité ou la tristesse qui ne sont pas spécifiques aux personnes toxicomanes mais doivent faire évoquer le diagnostic de dépression. Leur évaluation clinique approfondie est indispensable. Plusieurs cas de figure peuvent se présenter.

3.2.1.1. Résurgences de traumatismes psychiques de l'enfance et de l'adolescence :

Ils sont fréquemment retrouvés dans les antécédents des sujets toxicomanes, dépressifs et demandeurs de soins. Les maltraitances (viols, inceste), les abandons ou les deuils à répétition ou impossible à faire ainsi qu'un milieu familial décomposé et déstabilisant (antécédents d'alcoolisme, toxicomanie et de dépression chez les parents) ont souvent été observés. Ce qui indique d'une part l'importance d'aborder ces problématiques douloureuses avec les patients et d'autre part l'intérêt de l'aide à apporter aux enfants et adolescents qui vivent ces traumatismes pour prévenir la survenue de pathologies telles que la toxicomanie et la dépression lors de leur entrée à l'âge adulte.

3.2.1.2. Toxicomanie et troubles bipolaires : épisodes dépressifs récurrents et épisodes mélancoliques

Ces troubles bipolaires peuvent conduire à des consommations d'opiacés et de psychostimulants (cocaïne, crack ou ecstasy par exemple) en alternance. Leur suspicion nécessite une évaluation par un spécialiste. Un traitement thymorégulateur (Tégréto[®], Lithium, voire des antipsychotiques de dernière génération) sera éventuellement envisagé à condition de pouvoir être correctement conduit.

3.2.1.3. Troubles de l'humeur et traitement de substitution

Les traitements de substitution (Subutex[®] ou Methadone[®]) n'induisent pas de symptomatologie dépressive, mais ils ne traitent pas non plus les dépressions endogènes sous-jacentes. Au contraire, ils peuvent participer à l'émergence de troubles thymiques d'où intérêt du suivi régulier et durable de ce type de traitement car il permet de mieux repérer cette symptomatologie, de mieux l'évaluer, de surveiller l'apparition d'effets secondaires et de mettre en place une prise en charge médicamenteuse et psychothérapique appropriée.

Le traitement proposé n'est pas différent de celui de toute dépression, associant psychothérapie de soutien et traitement médicamenteux.

- la durée du traitement doit être suffisante 4 semaines pour juger de l'efficacité et une durée optimale de 6 mois en expliquant au patient les risques de récurrences surtout s'il interrompt lui-même le traitement.

- le choix des antidépresseurs et des anxiolytiques doit être scrupuleux, en évitant systématiquement les antidépresseurs IMAO et ceux à effet amphétaminique Survector® (plus commercialisé), et les benzodiazépines d'action rapide ou à fortes posologies Rohypnol® ou Tranxène 50® (réglementation des stupéfiants). On s'orientera préférentiellement vers des antidépresseurs sérotoninergiques (Prozac®, Deroxat®, Zoloft®...), des tricycliques plutôt sédatifs (Laroxyl®, Athymil®...), ou les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrenaline et (Effexor®, Ixel®)

- La prudence dans les coprescriptions, en particulier de benzodiazépines à doses élevées avec le Subutex® ou la méthadone qui exposent à des risques d'intoxications graves si mesusage.

3.2.1.4. Les troubles du sommeil

C'est l'une des plaintes les plus fréquemment exprimées. Ces troubles sont un facteur de surconsommations de psychotropes en tout genre (médicaments, cannabis, alcool) et de rechutes chez les sujets dépendants des opiacés.

Ils peuvent correspondre à :

- un trouble induit par le mode de vie qui accompagne souvent la toxicomanie (inactivité, désorganisation du rythme nyctéméral, solitude),
- l'effet pharmacologique de certaines drogues consommées parfois à l'insu du médecin (cannabis qui peut provoquer des attaques de panique, prises vespérales d'alcool, usages de psychostimulants),
- un symptôme de manque, notamment après des surconsommations de benzodiazépines et à distance de leur arrêt, ou au décours d'un sevrage des opiacés,
- un trouble primitif du sommeil sans lien direct avec la toxicomanie (on le retrouve alors dans les antécédents avant le début de la toxicomanie),
- un signe d'appel d'une pathologie psychiatrique (dépression, troubles anxieux, états psychotiques...).

Le traitement consistera d'abord, à chaque fois que cela est possible, à diminuer les facteurs en cause :

- Amélioration de l'hygiène du sommeil
- Propose un agenda du sommeil
- Arrêt ou diminution des consommations de psychostimulants,
- Programme spécifique de traitement des conduites d'alcoolisation,
- Sevrage progressif des benzodiazépines,
- Traitement d'une éventuelle affection causale.

La prescription temporaire d'un hypnotique peut être utile pour améliorer le confort du patient, mais il convient de choisir de préférence les hypnotiques de nouvelle génération (Stilnox®, Imovane®). Dans les cas où l'on doit viser une sédation importante, il sera possible de recourir à des neuroleptiques (type Tercian® ou Nozinan®). En tout état de cause, il convient d'éviter toute prescription de Rohypnol® et de prendre garde à des mésusages ou à des associations dangereuses (benzodiazépines – alcool - médicament de substitution en particulier).

La prescription du Noctran® ne doit plus être envisagée du fait de l'accoutumance constatée.

Les traitements de substitution amènent souvent une amélioration des troubles du sommeil (dans les cas les plus sévères, la méthadone sera la plus indiquée). Au cas où ces troubles persistent, on se gardera d'entrer dans une escalade médicamenteuse et on fera appel à un spécialiste.

3.2.2. L'agressivité

Comme dans les cas précédents, les comportements agressifs ou violents de sujets toxicomanes peuvent avoir différentes causes et sont favorisés par divers facteurs :

- Les troubles de la personnalité : *personnalité dite antisociale* qui comporte une forte instabilité et une intolérance à la frustration, mais aussi des personnalités de type *schizophrénique* ou *paranoïaque* chez lesquelles la symptomatologie délirante peut être masquée par les prises de drogues.
- Les effets induits par certaines substances, notamment les psychostimulants, principalement la cocaïne, le crack et les amphétamines.

- Un épisode d'angoisse aiguë ou de dépression pouvant se traduire par un comportement agressif notamment lors d'un état de manque ou dans les suites d'un traumatisme psychique (conflit aigu avec l'entourage, deuil, ...).
- La désocialisation, le mode de vie de la rue et l'habitude d'entrer facilement dans des rapports de force où la violence tend à devenir un moyen d'expression qui prend le pas sur la parole et la capacité à négocier.
- Les attitudes des soignants (refus de soulager, rejet ou, au contraire, rapports trop proches, absence de cadre structurant la relation thérapeutique) favorisent également les réactions d'angoisse et les passages à l'acte des patients.

Sur le plan thérapeutique, là aussi, les objectifs viseront à intervenir sur les facteurs en cause.

Il est important d'offrir un cadre relationnel clair, sans rejet basé sur une alliance avec le patient et surtout pas une complicité.

Le bon diagnostic des troubles psychiques sous-jacents (angoisse, dépression, état psychotique aigu) permettra d'instaurer une thérapie médicamenteuse adaptée (neuroleptique sédatif, traitement antidépresseur, tranquillisant...).

La réinsertion progressive qui sera facilitée par les traitements de substitution mais suppose alors une prise en charge psychosociale justifiant souvent des aides institutionnelles spécialisées.

3.2.3. Les pathologies de la personnalité ⁽⁴⁹⁾ ⁽⁵⁰⁾

Il n'existe pas de troubles de la personnalité spécifiques ou prédictifs de la toxicomanie. Celle qui est présentée rapidement ici est la plus fréquemment retenue actuellement dans le milieu psychiatrique.

3.2.3.1. *La personnalité « antisociale »*

Cette pathologie de la personnalité, désignée ainsi par le Manuel diagnostique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM) mais restée souvent en France sous la dénomination de psychopathie, est marquée par une impulsivité, une instabilité comportementale et une tendance aux passages à l'acte, une labilité de l'humeur et des difficultés importantes de socialisation. Une composante dépressive est habituelle et, parmi les principaux risques évolutifs, la toxicomanie figure parallèlement à l'alcoolisme, aux états dépressifs majeurs, à la délinquance. Entre toxicomanie et psychopathie il existe une sorte de renforcement : les tendances de la personnalité portant ces sujets vers l'abus de drogues.

Ces sujets commenceraient plus précocement leur toxicomanie, leur niveau culturel serait plus faible, ils auraient davantage de problèmes avec la justice, rechuteraient plus facilement et leur parcours dans la toxicomanie serait plus long. Néanmoins, ils semblent évoluer relativement bien sous traitement, mais parce que la composante dépressive très fréquente est nettement améliorée par les traitements, par contre, l'aspect comportemental des troubles paraît peu sensible aux traitements quels qu'ils soient.

3.2.3.2. *les états limites :*

Ces personnalités, dites aussi « borderline », ont des traits plus spécifiques perturbations et incertitude concernant sa propre image, ses buts et ses choix personnels, quant aux relations à autrui qui sont de nature anaclitique (besoin constant d'étayage) et/ou abandonnique, tendance à s'engager des relations instables et intenses, efforts +++ pour ne pas être abandonné, tentatives récurrentes de gestes auto-agressifs, sentiment permanent de vide. Elles ont une forte tendance à l'angoisse et aux passages à l'acte. La dépression fait partie, là encore, des modes de décompensation, ainsi que des affections psycho-somatiques graves, des maladies alcooliques et des troubles de type psychotique (dépersonnalisation).

L'association personnalité limite-toxicomanie favoriserait les passages à l'acte suicidaire.

Les étayages psychothérapeutiques et institutionnels paraissent utiles pour ces sujets qui ont besoin de prise en charge au long cours, en partant de leur relation de dépendance initiale pour les mener progressivement (mais difficilement) vers l'autonomie.

3.2.3.3. *Les personnalités psychotiques*

La rencontre entre toxicomanie et schizophrénie semble relativement fréquente, ce sont des personnalités présentant une attitude générale de repli et de fuite des contacts sociaux, qui se réfugient dans un monde d'abstractions et d'idéalisme mêlé d'un certain degré de perte de contact avec la réalité.

Le repli étant douloureux et dépressif, le recours à des substances psychoactives est d'autant plus fréquent qu'il permet aussi de donner du sens au vécu.

3.2.4. Complications psychiatriques liées directement aux drogues

3.2.4.1. *Les pharmacopsychoses liées directement à la consommation de drogues*

Celles-ci sont peu fréquentes relativement au nombre d'usagers mais apparemment en voie d'augmentation. Ces états psychotiques sont provoqués par les hallucinogènes ou, parfois, par des surconsommations répétées de psychostimulants (ecstasy et cocaïne notamment) associées ou pas à d'autres toxiques.

Ces pharmacopsychoses peuvent être soit d'apparition brutale et spectaculaire : bouffée délirante suite à une prise de LSD ou à des consommations intensives de cannabis, par exemple.

Soit elles s'installent progressivement, réalisant un tableau de psychose dissociative chronique surtout marqué par un syndrome de dépersonnalisation, un sentiment subjectif souvent exprimé par le patient de « ne plus être comme avant ».

L'évolution est généralement favorable si l'intoxication cesse, mais, dans un certain nombre de cas subsistent des troubles du même type d'intensité variable. Des rémanences d'accès d'angoisse accompagnés d'altération des perceptions sensorielles ont été décrites chez des utilisateurs d'hallucinogènes comme le LSD, à distance plus ou moins longue de l'arrêt de toute consommation (« flash back »).

Pour les patients présentant de tels troubles et parallèlement dépendants des opiacés, les traitements de substitution par la méthadone peuvent apporter un certain soulagement de l'angoisse et une amélioration globale de l'état psychique. L'utilisation de neuroleptiques, si elle est indiquée et efficace en cas d'accès aigu (Zyprexa®, Solian®, Risperdal®...), pose, à plus long terme, des problèmes complexes d'acceptation, de suivi et d'effets secondaires qui doivent amener à collaborer avec un service de psychiatrie.

3.2.4.2. Les syndromes confusionnels

Ils associent des troubles de la vigilance, des altérations des fonctions intellectuelles, en particulier de l'attention et de la mémoire de fixation, et une incoordination motrice et idéo-verbale. Ils signent une intoxication aiguë et sont fréquents lors de poly-consommations.

C'est l'une des manifestations fréquentes de l'intoxication au Rohypnol® ou avec le Tranxène®. Ce qui justifie une extrême méfiance vis-à-vis de ces benzodiazépines.

Le traitement repose sur une hospitalisation (risque d'évolution vers un coma toxique), une réhydratation, une éventuelle sédation avec des doses faibles de calmants non benzodiazépiniques et, bien sûr, l'arrêt de l'intoxication. Il se pose ensuite le problème de la prise en charge au long cours, sachant que l'apparition de tels épisodes confusionnels dans la trajectoire constitue un critère de gravité de la toxicomanie.

Les opiacés masquent la comorbidité car ils ont une puissante action : anxiolyse, antidépresseur, antipsychotique.

3.3. Sociales

Les problématiques sociales sont des éléments qui vont aggraver la maladie et font naître des difficultés de prise en charge et de suivi du patient :

- Désinsertion socioprofessionnelle : perte du travail, perte de la qualification professionnelle,...
- Désinsertion sociale : pas de droits sociaux (CMU, Assurance maladie, Aide au logement,...)
- Pas de logement ou précarité de ce dernier
- Eclatement familial
- Enfants placés
- Marginalisation
- Criminalité

Tous ces éléments nécessitent d'être évalués et pris en compte et vont expliquer la nécessaire prise en charge globale médico-psycho-sociale.

4. Les médicaments de substitution aux opiacés ⁽⁵¹⁾ ⁽⁵³⁾

L'indication commune des MSO est la dépendance avérée aux opiacés. Seuls deux médicaments ont une AMM pour cette indication : la méthadone et la buprénorphine à haut dosage. Ils suppriment les signes de sevrage et diminuent l'appétence pour l'héroïne. La dépendance à d'autres substances (cannabis, cocaïne, etc.) n'est pas une indication au traitement de substitution de la dépendance aux opiacés.

4.1. La méthadone ⁽⁵²⁾ ⁽⁵⁴⁾

C'est un agoniste morphinique, utilisé depuis plusieurs décennies comme traitement de substitution dans plusieurs pays, qui équilibre pendant 24 heures les systèmes neurobiologiques dérégulés. La *méthadone* a ainsi une action inhibitrice sur l'envie d'héroïne et minimise les sentiments de plaisir, d'euphorie ou de sédation propres à l'héroïne. En France, le traitement se présente sous forme de sirop en récipient unidose de 5, 10, 20, 40 ou 60 mg de méthadone.

En mars 1995, la *méthadone* obtient une autorisation de mise sur le marché dans l'indication de « *traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique* ». La primo-prescription se fait uniquement en Centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) sous l'autorité d'un médecin travaillant idéalement au sein d'une équipe pluridisciplinaire composée d'infirmières, de travailleurs sociaux et de psychologues.

L'indication est posée après évaluation préalable du patient et de sa toxicomanie (type, durée et gravité). La *méthadone* est particulièrement indiquée en cas de : dépendance sévère, difficultés à renoncer à l'injection, pathologie psychiatrique associée, notamment les troubles anxieux sévères, polyconsommations (alcool, benzodiazépine, cocaïne, etc), patients dépendants des opiacés pour lesquels un traitement antalgique morphinique est nécessaire (100 mg de *méthadone* équivalent à 400 à 500 mg de *morphine* orale), à réserver au milieu hospitalier.

Les principales contre-indications sont : patients de moins de 15 ans, insuffisance respiratoire grave. La présence d'alcool dans le soluté de méthadone est un problème chez des patients totalement abstinents d'alcool après sevrage et en cas d'association avec des médicaments à effet antabuse (par exemple, *métronidazole*). Chez le patient diabétique, il faut tenir compte de l'apport de sucre dans le sirop de *méthadone* (équivalent d'un à deux morceaux selon le flacon).

Dans un premier temps, la prescription ne pouvait pas excéder sept jours et la délivrance du produit est quotidienne, sous contrôle médical. Des analyses urinaires de dépistage de la consommation d'autres opiacés sont régulièrement effectuées pour contrôler le bon déroulement du traitement, au début du traitement le contrôle urinaire sera effectuer tout les mois puis de façon aléatoire le reste du suivi. La mise en place et la surveillance d'une posologie efficace doivent se faire dans des conditions rigoureuses en raison des risques de surdose (risque plus important qu'avec la buprénorphine haut dosage). En effet, la dose létale de *méthadone* est de 1 mg/kg pour une personne nondépendante.

Après obtention d'une posologie permettant la stabilisation du patient, le traitement peut être poursuivi par un médecin de ville. Ce dernier doit être contacté par le médecin du centre.

Après son accord, le médecin du centre établit la prescription de relais et note sur l'ordonnance sécurisée le nom du médecin de ville vers lequel il oriente le patient. L'ordonnance du médecin de ville ne peut également excéder une durée de 14 jours. Il lui est aussi proposé de ne pas dépasser une dose maximale de 100 mg sauf si la prescription établie lors du relais était supérieure. La *méthadone* est délivrée par un pharmacien d'officine contacté à son tour par le médecin de ville. Le nom de ce pharmacien doit être inscrit sur l'ordonnance. En 2000, la délivrance de *méthadone* en officine a été facilitée par l'allongement de la durée de prescription maximale : 14 jours fractionnés en deux délivrances de 7 jours, sauf mention expresse du prescripteur. Si le patient sous *méthadone* souhaite changer de médecin de ville, il doit reprendre contact avec le médecin du centre qui a effectué la première prescription. Depuis janvier 2002 l'instauration d'un traitement par méthadone est réalisable en dehors des CSST ou CSAPA, dans les établissements de santé à l'exception des services d'urgences.

4.1.1. Posologie ⁽⁵⁵⁾

La dose initiale est de 20 à 30mg/j, augmentation de 5mg par palier de 1 à 3 jours jusqu'à disparition des signes de manque.

Les principaux critères d'efficacité sont la diminution et ensuite la disparition des signes de manque, la diminution du craving pour l'héroïne (avec comme objectif à atteindre la disparition de ce craving dès la phase de stabilisation, et l'absence de signes de surdosage). Un aspect largement rencontré dans les recommandations de prescription existantes est la présence de quelques signes de manque (frissons, douleurs et courbatures musculaires, irritabilité et troubles du sommeil) et d'inconfort pendant les premiers jours d'initialisation du MSO. En règle générale, les experts estiment que cette période de manque, période d'adaptation à une nouvelle molécule opiacée, dure entre 4 à 5 jours. Il est nécessaire de prendre en compte les risques d'interactions avec d'autres substances (notamment alcool, antirétroviraux, benzodiazépines, inducteurs et inhibiteurs enzymatiques, etc.). La prise initiale doit se faire à l'apparition des premiers signes de manque, le médecin doit en informer le patient. Les fortes variations individuelles de la pharmacocinétique peuvent nécessiter une adaptation individuelle des posologies

4.1.1.1. Initialisation du traitement

Pour l'heure, l'initiation d'un traitement par la méthadone ne peut être le fait que d'un médecin exerçant en CSST. La dose initiale de *méthadone* est établie en fonction : de l'évaluation quantitative de la consommation d'opiacés, de la fréquence et du mode d'administration de l'héroïne, de la prescription concomitante éventuelle de psychotropes, du bilan des fonctions hépato-rénale. la dose d'attaque est entre 20 et 30 mg/j. Parmi les conseils de bonnes pratiques, on retient la nécessité de respecter un délai d'environ 24 heures après la dernière prise d'opiacés (10 heures d'après l'AMM) et de commencer un TSO (traitement de substitution des opiacés) par *méthadone* plutôt en début de semaine, ce qui permet de faire les contrôles urinaires obligatoires avant le début du traitement, souvent difficiles à réaliser le week-end. La surveillance doit être bi-quotidienne ou quotidienne pour adapter rapidement la posologie efficace, habituellement comprise entre 60 et 100 mg/jour, mais des posologies supérieures voire inférieures peuvent être nécessaires.

4.1.1.2. Adaptation du traitement

Les paliers d'augmentation seront de 5 à 10 mg maximum par palier de 1 à 3 jours, sans jamais excéder par semaine 50 % de la dose initiale. Certains auteurs recommandent de garder la dose initiale (sauf si on constate des signes rapides de surdosage) pendant les 3 à 4 premiers jours après le début de traitement. Cette mini-stabilisation permet de mieux mettre en évidence d'éventuels signes de sur ou de sous-dosage. La prise est quotidienne unique, plutôt matinale, par voie orale. La durée de la première prescription est de 7 jours maximum, avec une délivrance quotidienne.

4.1.1.3. Relais vers un médecin de ville, prescription et délivrance

Les éléments suivants peuvent intervenir dans la décision de ce relais :

- L'autonomie du patient dans la gestion de son traitement ;
- Une posologie de méthadone stabilisée ;
- Une insertion économique et sociale satisfaisante ;
- Des consommations associées limitées ;
- Un éloignement géographique du CSST ;
- Le désir du patient d'être suivi par son médecin ;
- Les horaires du Centre non adaptés à l'activité professionnelle ;
- La prise en charge des pathologies lourdes associées assurées (sida, co-morbidités psychiatriques).

Le médecin du centre spécialisé de soins aux toxicomanes déterminera, en collaboration avec l'équipe de soins, l'opportunité de l'orientation du patient vers un médecin de ville pour la poursuite du traitement.

Ce médecin de ville sera choisi par accord entre le patient et le médecin du centre, le cas échéant, sur proposition de ce dernier.

La décision d'une telle orientation s'appuiera sur les recommandations de la Commission des traitements de substitution, en particulier :

- . La capacité du malade à gérer de façon autonome son traitement
- . Une posologie de méthadone stabilisée
- . Des dosages urinaires négatifs aux opiacés.

La nécessité des contrôles urinaires ultérieurs devra être déterminée par le médecin de ville.

4.1.2. Contre-indication et interaction

En dehors des contre-indications strictes, beaucoup de médicaments présentent un risque d'interactions avec la méthadone. Il semble difficile de se passer de la totalité de ces médicaments. Leur prescription avec la méthadone est presque toujours possible, il faut seulement connaître ces interactions, et dans un grand nombre de cas adapter à la baisse ou à la hausse les posologies de la méthadone.

On peut classer schématiquement les médicaments qui interagissent avec la méthadone en 4 groupes :

- Les médicaments dont l'association potentialise les effets sédatifs et/ou déprimeurs respiratoires de la méthadone : anti-H1, barbituriques, neuroleptiques, antidépresseurs tri cycliques, carbamates, benzodiazépines, analgésiques morphiniques.
NB : Alcool produit une majoration de l'effet sédatif.
- Les médicaments induisant un syndrome de sevrage les agonistes partiels (buprénorphine haut dosage)
- Les médicaments induisant un surdosage les inhibiteurs des enzymes hépatiques à cytochrome P450, certains antiviraux anti-protéases (indinavir, *saquinavir*, *ritonavir*...)
- Les médicaments induisant un syndrome de manque les inducteur du métabolisme oxydatif hépatique (*rifampicine*, *carbamazépine*, *phénobarbital*, *phénytoïne*, *amitriptyline*...)

4.2. Méthadone AP-HP forme gélule ⁽⁵⁶⁾

Par ailleurs, le 20 Septembre 2007 une autorisation de mise sur le marché (AMM) a été octroyée à l'Assistance-Publique-Hôpitaux-de-Paris pour les spécialités Méthadone AP-HP® sous forme de gélules, dosées à 1 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg et 40 mg. Le dossier de demande d'AMM a suivi une procédure d'évaluation nationale, en tant qu'extension de gamme pour une spécialité déjà autorisée (Méthadone sirop). L'indication thérapeutique est le « *Traitement de substitution des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique, en relais de la forme sirop chez des patients traités par la forme sirop depuis au moins un an et stabilisés, notamment au plan médical et des conduites addictives* ».

Les conditions de prescription et de délivrance retenues sont les suivantes :

- Une prescription initiale semestrielle et son renouvellement au bout de 6 mois réservés aux médecins des centres de soins spécialisés aux Toxicomanes (CSST) et aux médecins exerçant dans les services hospitaliers spécialisés dans les soins aux toxicomanes à l'exception des services d'urgences.
- Les mêmes conditions de délivrance que la forme sirop : durée maximale de prescription limitée à 14 jours avec une délivrance fractionnée de 7 jours.

Les gélules sont conditionnées dans un blister dit sécurisé ("child proof") afin d'éviter un accès aisé aux enfants. A la demande de l'Afssaps, un agent présentant des propriétés gélifiantes au contact de l'eau, la carboxyméthylcellulose, a été introduit dans la composition de la gélule, pour rendre insoluble le contenu de celle-ci et limiter, sinon éviter, les pratiques d'injection intraveineuse de cet opiacé.

Le dossier de demande d'AMM, au plan clinique repose principalement sur un essai de bioéquivalence comparant la forme gélule à la forme sirop. Il a été conduit chez des patients de plus de 18 ans, dépendants aux opiacés et déjà traités par *méthadone* à dose stable (60 mg/jour depuis 1 mois), bénéficiant d'un suivi médical et psychologique. Le schéma était celui d'un essai « croisé » non randomisé, avec ordre unique d'administration.

La toxicité connue de la *méthadone* aux doses étudiées pour des sujets non dépendant aux opiacés, explique le recours à une population de patients pour cette étude de bioéquivalence, ainsi que le protocole non randomisé et avec ordre unique d'administration. Les limites méthodologiques de cet essai sont également liées au fait que la limite de détection de la méthode de dosage plasmatique de la *méthadone* ne permet une quantification valide qu'aux concentrations sanguines atteintes à l'état d'équilibre. Ainsi, seuls des patients bénéficiant déjà d'une substitution par sirop de *méthadone* ont pu ainsi être inclus : 36 patients inclus, dont 28 ont terminé l'essai.

Cet essai, d'une durée totale de 30 jours, a comporté 2 périodes d'hospitalisation de 36 heures ainsi que plusieurs visites de contrôle. Le traitement (une prise unique de 60 mg/15 ml de sirop ou 3 gélules à 20 mg) était administré à heure fixe, suivi de prélèvements sanguins à différents temps. Les critères de jugement étaient basés sur la comparaison des paramètres biologiques habituels (concentration plasmatique à l'équilibre et aire sous la courbe entre deux prises) à partir des données de dosages sanguins.

Les résultats acquis, malgré les limites méthodologiques rappelées plus haut, permettent de considérer que la forme gélule est d'une biodisponibilité proche de la forme sirop, mais ne permettent pas d'établir avec certitude l'équivalence thérapeutique entre les deux formes.

Il faut en effet souligner que lors de cet essai, quelques patients ont présenté lors du passage à la forme gélule des symptômes cliniques compatibles avec un syndrome de sevrage, et il n'est pas possible d'affirmer ni d'exclure une éventuelle demi-vie plus courte de la *méthadone* sous forme gélule. En effet, la concentration plasmatique résiduelle en méthadone n'a été dosée qu'à T0 et T24 heures ce qui apporte peu d'information compte tenu de la pharmacocinétique du produit dont la demi-vie présente une importante variabilité interindividuelle de 13 à 47 heures.

4.2.1. Mésusage de la Méthadone®

Il est plus rare qu'avec la buprénorphine haut dosage. Elle concerne surtout la forme sirop car c'est la forme la plus utilisée. Elle est privilégiée en début de traitement car c'est la période la plus à risque avant stabilisation du patient.

Les deux pratiques courantes pour l'injection de Méthadone sirop sont la dilution du sirop ou sa congélation. Ce mésusage n'est pas sans conséquences (hyperglycémie, troubles du rythme, infections,...)

4.2.2. Contrôle urinaire

Une première analyse urinaire vérifiera la réalité de la pharmacodépendance actuelle et l'absence de prise de méthadone comportant un traceur spécifique et faisant l'objet d'une autorisation de mise sur le marché en France. Ce contrôle urinaire permet de s'assurer qu'un même patient ne bénéficie pas de deux suivis parallèles avec prescription de méthadone.

Les analyses urinaires sont ensuite pratiquées une à deux fois par semaine pendant les trois premiers mois de prescription, puis deux fois par mois à l'issue de cette première phase puis de façon aléatoire. Les contrôles portent sur : la méthadone, les opiacés naturels et/ou de synthèse, l'alcool, la cocaïne, l'amphétamine, les dérivés amphétaminiques, le cannabis, le LSD. La recherche et le dosage des produits listés ne sont pas systématiques mais sont effectués sur demande du prescripteur.

La pratique des méthadonémies peut être utilisée en soutien à la clinique pour appréhender le métabolisme de la méthadone, très variable d'un individu à l'autre, et sujet à modification dans des situations nombreuses (grossesse++, consommation d'alcool, induction ou arrêt de traitement interférant avec le métabolisme de la méthadone).

4.3. La buprénorphine haut dosage (56) (57) (58)

Dérivée de la thébaïne, la *buprénorphine* a été synthétisée en 1973. Elle est disponible en France depuis 1984 comme antalgique (Temgésic®) et depuis 1996 à hautes doses comme traitement de substitution (Subutex®) sous forme de comprimés sublinguaux : 0,4 mg, 2 mg et 8 mg. L'AMM précise son indication dans le « *traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés* » et dans le cadre d'une « *stratégie thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique* ». C'est le seul MSO (Médicaments de substitution aux opiacés) qui peut être prescrit par un médecin de ville en première intention. La *buprénorphine* administrée par voie sublinguale supprime de manière prolongée le syndrome de manque et le désir obsédant de la drogue, sans reproduire les effets euphorisants et la sensation de « flash » propre à l'héroïne (effet agoniste - antagoniste de la morphine). La *buprénorphine* diminue l'autoadministration d'héroïne tout en produisant chez les sujets dépendants une simple sensation de bien-être qui doit permettre l'acceptation du traitement. Ce produit, dont la dose létale est élevée, présente un faible risque de surdosage chez l'héroïnomane sauf en cas de prise concomitante de benzodiazépines, d'hypnotiques, de dérivés morphiniques, de codéine ou d'alcool. Il faut rappeler les précautions d'emploi du fait des risques de défaillance respiratoire en cas d'injection IV et/ou d'association à des BZD. Par ailleurs, les principales contre-indications sont : patients de moins de 15 ans, insuffisance respiratoire grave, insuffisance hépatique sévère, intoxication alcoolique aiguë, delirium tremens.

À la différence de la *méthadone*, la législation ne fixe pas formellement de conditions préalables à la prescription (telles que l'acceptation des contraintes ou l'analyse des urines). Les modalités de prescription et de délivrance diffèrent par rapport à celles de la *méthadone* : tout médecin, sans restriction de cadre d'exercice, est habilité à prescrire de la *buprénorphine* haut dosage. La circulaire de mars 1995 fait des recommandations aux praticiens pour assurer une « prise en charge globale des patients dans le cadre des traitements de substitution ». En parallèle, l'AMM du Subutex® émet des précautions d'emploi afin de favoriser le bon usage du médicament et de limiter son usage détourné.

Ces recommandations et ces précautions d'emploi ont été précisées et réaffirmées par divers textes du ministère de la Santé, d'organisations professionnelles (ordre des médecins, ordre des pharmaciens, réseaux, etc.), ainsi que par le laboratoire Schering Plough, et relayées par la presse médicale.

Elles peuvent être résumées ainsi:

- La mise en place d'un traitement doit s'effectuer après évaluation de l'état et de la situation du patient, donc après son examen médical, et en prenant en compte ses éventuels problèmes psychologiques et sociaux ainsi que sa demande
- Le médecin doit assurer un suivi régulier, adapter la durée de ses prescriptions et le rythme des consultations et de la délivrance (fractionnée et quotidienne si besoin) qu'il doit mentionner sur l'ordonnance, surtout en début de traitement qui demande vigilance et disponibilité
- Le médecin doit informer le patient du danger des injections et de l'association de la *buprénorphine haut dosage* avec des benzodiazépines (qu'il doit donc éviter de prescrire, surtout à hautes doses, et les plus dangereuses comme le *flunitrazépam* (ROHYPNOL®) ou le *clorazépate*) et/ou de l'alcool. Il doit veiller à la prise quotidienne unique sublinguale de la *buprénorphine haut dosage*
- Il lui est fortement conseillé de contacter, en accord avec le patient, un pharmacien de référence chargé de la délivrance fractionnée en premier temps, et d'inscrire le nom de celui-ci sur l'ordonnance
- Il est également demandé au médecin de veiller à la prise en charge globale du patient et à ce qu'il bénéficie autant que de besoin d'un soutien psychologique et d'une aide sociale, voire d'un relais auprès d'une équipe spécialisée si la prise en charge du patient s'avère trop complexe
- Les médecins généralistes (ainsi que les autres intervenants) sont invités à se former dans le domaine de la prise en charge des usagers de drogues.

La circulaire du 3 avril 1996 renforce ces orientations en recommandant aux médecins de prendre l'avis de confrères expérimentés et/ou spécialisés ; elle conseille vivement un travail en réseau avec les centres spécialisés, les pharmaciens et les confrères de ville dans le but d'améliorer la prise en charge des patients dépendants aux opiacés. Elle précise que la prescription doit se faire sur ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 28 jours. La posologie conseillée est de 4 à 8 mg par jour et de 16 mg maximum. Il est recommandé que la délivrance se fasse par un pharmacien de ville contacté au préalable par le médecin et dont le nom est porté sur l'ordonnance. Elle doit être fractionnée, sauf mention expresse du prescripteur, (une fraction correspondant à une durée de 7 jours) depuis septembre 2000.

4.3.1. Posologie

4.3.1.1. Initialisation du traitement

La dose initiale est de 2 mg à 4 mg/j au vu de l'AMM. L'augmentation se fait de 1 à 2 mg par paliers de 1 à 3 jours jusqu'à la dose optimale. La prise sera quotidienne, unique, sublinguale ce qui est à rappeler par le pharmacien (laisser fondre sous la langue 8 à 10 minutes sans sucer ; goût amer expliquant la difficulté d'utilisation). La durée de prescription est de 28 jours, mais le traitement initial est prescrit pour 1 ou 2 jours, avec délivrance quotidienne, ce qui nécessite la collaboration du pharmacien. Si la coprescription de benzodiazépines est nécessaire, la limiter également; il faut proscrire la coprescription de flunitrazépam ou de clorazépate dipotassique souvent utilisés comme produits de « défonce ». Il faut informer le patient du risque de déclenchement d'un état de manque du fait des propriétés antagonistes de la buprénorphine. L'expérience invite à respecter un délai d'au moins 24 heures entre la dernière prise d'opiacés et la première prise de benzodiazépines (délai supérieur à celui de l'AMM).

4.3.1.2. Adaptation au traitement

La posologie de stabilisation est généralement atteinte en 10 à 15 jours par paliers de 1 à 3 jours, jusqu'à suppression des symptômes de manque, puis par paliers de 4 à 7 jours, par une augmentation de doses de 1 à 2 mg. Une consultation du patient est nécessaire à chaque étape. Quand le patient est stabilisé, la période de délivrance recommandée est de 7 jours. Une dérogation est possible pour une délivrance jusqu'à 28 jours, « pour des raisons particulières tenant à la situation du patient » avec mention expresse du prescripteur. Une délivrance pour plusieurs semaines ne se conçoit qu'après plusieurs mois de suivi et en l'absence de difficultés médico-sociales importantes et ce dans les limites légales. Ceci permet la compatibilité avec l'activité professionnelle du patient. Pour la BHD, la posologie d'entretien se situe entre 8 et 16 mg/j (posologie maximale de l'AMM en France). Un équilibre non satisfaisant avec 16 mg reflète souvent une mauvaise utilisation ou une comorbidité psychiatrique, et peut justifier un passage à un traitement par la *méthadone*, plutôt qu'une augmentation de posologie hors AMM. Durant cette période, le pharmacien doit être averti des modifications du traitement et des modalités de délivrance.

4.4. Mésusage

Le SUBUTEX® est de moins en moins vécu par une partie des patients toxicomanes qui ne sont plus ou pas dans le soin comme médicament de substitution. Ils le détournent largement en l'utilisant en injectable ou en per-nasal et en l'associant à la cocaïne pour récupérer l'effet flash ! ⁽⁶³⁾ ⁽⁶⁴⁾ ⁽⁶⁵⁾

La METHADONE® devient une référence en matière de traitement de substitution et la demande des patients augmente. Des cas de mésusage commencent à apparaître.

En ce qui concerne le problème du « Skenan® » en traitement de substitution, le comité rappelle qu'il faut une dérogation, c'est à dire l'accord du médecin conseil de la caisse d'assurance maladie du patient .Pour pouvoir prescrire à titre exceptionnel, en cas de nécessité thérapeutique (ex : contre-indications). L'ordonnance sécurisée devra porter la mention manuscrite : « concertation avec le médecin conseil. » ⁽⁶⁶⁾

4.5. Effets indésirables, indications préférentielles méthadone / Subutex® ⁽⁶²⁾

En phase d'entretien, on notera principalement l'hypersudation, la constipation, les troubles du sommeil, des variations de poids et des troubles de la sexualité.

D'une façon générale, la prise en charge de ces effets indésirables est non spécifique ; l'effet indésirable le plus gênant est manifestement l'hypersudation, souvent facio-tronculaire, et il n'existe pas de méthodes validées scientifiquement permettant de la prendre en charge efficacement. Une baisse de la posologie peut-être tentée, il faut alors mesurer le bénéfice/risque de celle-ci.

Il pourrait être opportun de définir des indications préférentielles où l'indication de la méthadone paraîtrait d'emblée plus évidente : la grossesse (AMM et données cliniques suffisantes) ; pérennisation du mésusage et/ou détournement de Subutex® ; recherche d'effets par le patient ou le médecin (climat morphinique, relaxation opiacée, effets psychotropes de la méthadone) ; compulsion à l'injection (tous produits). Le relais d'un médicament vers l'autre est toujours faisable, mais les propriétés agonistes et antagonistes de la buprénorphine rendent le passage Subutex® - méthadone plus délicat (attente 48 heures minimum et induction progressive de la méthadone).

4.6. Surveillance clinique du traitement avec l'aide du pharmacien:

Les signes d'un sous-dosage sont généralement discrets : mydriase, persistance d'une appétence aux opiacés, patient adynamique, humeur dysphorique état anxiodépressif, irritabilité surtout à distance de la prise du traitement, augmentation du rythme cardiaque, troubles du sommeil, difficultés de concentration, sensation de manque, tendance à raccourcir le délai entre deux prises, rapidité de la prise du traitement au réveil.

Il peut être nécessaire d'augmenter régulièrement les posologies, au cours des premiers mois du traitement, pour des patients semblant auparavant bien stabilisés du fait probablement d'une tolérance aux opiacés. Pour la méthadone, de véritables états de manque peuvent survenir avec des inducteurs enzymatiques : carbamazépine, rifampicine, griséofuline, etc. Il en est de même avec certains médicaments anti-VIH (Virus de l'immunodéficience humaine) : efavirenz, névirapine, ritonavir, nelfinavir. Pour la BHD, les médicaments antiprotéase agissent en sens inverse.

Il faut savoir anticiper un surdosage en cas de changement de molécule. Un surdosage se manifeste par un ralentissement idéomoteur et une somnolence, myosis, diminution de la respiration, du rythme cardiaque

Un traitement bien dosé ne doit entraîner aucun de ces symptômes, ni de ralentissement des réflexes. Lorsqu'on les constate, il peut s'agir d'une prise concomitante d'autres psychotropes et surtout de benzodiazépines, mais aussi d'abus d'alcool ou de cannabis, ou encore d'interaction médicamenteuse avec la méthadone (antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, cimétidine).

4.7. La législation en vigueur pour la délivrance des stupéfiants ⁽⁶⁸⁾

La délivrance se fera sur présentation d'une ordonnance sécurisée dont les caractéristiques sont fixées par l'arrêté du 31 mars 1999.

L'ordonnance ne peut être vierge, sa pré-impression comporte les aspects suivants :

- Une personnalisation permettant l'identification nominative du professionnel de santé
- Deux carrés de 1 centimètre et 1.3 centimètre de coté, ils sont destinés aux professionnels de santé pour leur permettre d'indiquer le nombre de spécialités médicales prescrites

Les contours des carrés sont réalisés à l'aide de micros lettres qui forment l'expression ordonnance sécurisée répétée autant de fois que nécessaire

- Un numéro destiné à l'identification :

De l'année d'impression de l'ordonnance : 1 caractère numérique ;

De l'opérateur ayant vendu l'ordonnance : 1 caractère alphabétique au minimum ;

De chaque commande d'ordonnances, avec changement de numéro par lot de 10000 ordonnances maximum.

- Toute la pré-impression est faite à l'encre bleue
- Le papier est sans azur optique
- Le papier comporte un filigrane ombré, non chimique, figurant un caducée.
- Le duplicata ne peut être confondu avec l'original

Pour son exécution l'ordonnance doit être présentée au pharmacien dans les trois jours suivant sa date d'établissement ou suivant la date de la fraction précédente ; si elle est présentée au-delà de ce délai, elle ne peut être exécutée que pour la durée de la prescription ou de la fraction de traitement restant à courir.

Le médecin auteur d'une ordonnance, comportant une prescription de médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants, indique en toutes lettres le nombre d'unités thérapeutiques par prise, le nombre de prise et de le dosage s'il s'agit de spécialités, les doses ou les concentrations de substances et le nombre d'unités

Il est interdit de prescrire des médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants pour un traitement d'une durée supérieure à vingt-huit jours.

Le prescripteur mentionne sur l'ordonnance la durée de traitement correspondant à chaque fraction. Toute fois il peut exclure le fractionnement en portant sur l'ordonnance la mention « délivrance en une seule fois »

Le médecin devra signer l'ordonnance juste sous le dernier produit prescrit sans laisser d'espace.

La conservation de la copie de l'ordonnance comportant la prescription d'un ou plusieurs médicaments stupéfiants est soumise à la réglementation des stupéfiants pendant 3 ans par le pharmacien et doit y figurer les quantités délivrées formulées en unités de prise. Ces copies sont présentées à toute réquisition des autorités de contrôle.

Le pharmacien enregistre le nom et l'adresse du porteur de l'ordonnance lorsque celui-ci n'est pas le malade.

De plus si le porteur est inconnu du pharmacien, celui-ci demande une justification d'identité dont il porte les références sur le registre prévu à l'article R.5132-9

Enregistrement de la délivrance

Toute entrée et toute sortie de médicaments classés comme stupéfiants sont inscrites par un pharmacien sur un registre ou enregistrée par un système informatique spécifique répondant aux conditions suivantes :

- Aucune modification des données ne doit être possible après validation de leur enregistrement ;
- Une édition immédiate doit pouvoir être effectuée à la demande de tout autorité de contrôle ;
- Chaque page éditée doit comporter le nom et adresse de l'établissement.

Une balance mensuelle des entrées et sorties pour la méthadone est portée au registre, la désignation se fait toujours en unité de prise.

Tout les ans, il est procédé à l'inventaire du stock, portés sur un registre à l'encre sans blanc ni rature ou surcharge, ou par voie d'enregistrement informatique.

En cas de péremption, d'altération ou de retour le pharmacien titulaire de l'officine procède à la dénaturation en présence d'un confrère désigné par le président du conseil régional de l'ordre des pharmaciens. Un mois avant l'opération envisagée, il en informe par écrit le pharmacien inspecteur régional de la santé publique. Un document attestant la destruction est tenu par le titulaire, à la disposition des autorités de contrôle.

Le pharmacien qui cède son officine procède à un inventaire des médicaments classés classé comme stupéfiants, en présence du pharmacien acquéreur.

Le registre, les enregistrements informatiques et les éditions de ces enregistrements par période maximale d'un mois ainsi que les documents attestant la destruction sont conservés dix ans à compter de leur dernière mention, pour être présentés à toute réquisition des autorités de contrôle.

4.8. Tableau résumant les caractéristiques de la méthadone et de la BHD (62)

		<i>Méthadone</i>		<i>Buprénorphine</i>
Mode d'action		Agoniste		Agoniste/antagoniste
Dangerosité - +	--	Risque de surdose mortelle Surdosage accidentel (enfant)	+	Moindre risque de surdose (sauf interaction)
Pharmacocinétique	-	Variations interindividuelles importantes : dosage plasmatique si nécessaire	+	Peu de variations d'un sujet à l'autre
Satisfaction	+	Meilleure satisfaction ; moins d'anxiété	-	Moindre satisfaction (risque de consommations associées)
Interactions pharmacodynamiques	-	Les médicaments dépresseurs respiratoires et dépresseurs du SNC* peuvent favoriser une dépression respiratoire Agonistes-antagonistes morphiniques	--	Benzodiazépines (en particulier à forte posologie) et autres médicaments dépresseurs du SNC : risque de surdose mortelle
Interactions pharmacocinétiques	--	Induction enzymatique : anticonvulsivants(<i>carbamazépine, phénitoïne, phénobarbital</i>), <i>rifabutine, rifampicine, griséofulvine</i> , antirétroviraux (<i>lopinavir, nelfinavir, ritonavir, efavirenz, névirapine</i>) : risque de diminution des concentrations plasmatiques de <i>méthadone</i> . Inhibition enzymatique : IRS** (<i>fluvoxamine</i>), <i>cimétidine</i> (≥ 800 mg/24 Risque de surdosage : Intérêt du dosage plasmatique pour évaluer les interactions par induction ou inhibition enzymatique en cas de réponse insuffisante ou excessive au traitement.	\pm	Inhibition enzymatique : surveillance renforcée en cas d'association à des antifongiques azolés (<i>kétoconazole, itraconazole</i>) et des inhibiteurs des protéases (<i>nelfinavir, ritonavir et indinavir</i>). Induction enzymatique : prudence en cas d'association à des anticonvulsivants (<i>carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne</i>) ou à la <i>rifampicine</i> . Le risque d'interaction par inhibition ou induction enzymatique est moindre que pour la <i>méthadone</i>
Forme	-	- Gamme de dosages incomplète	+	Gamme complète de dosages ;

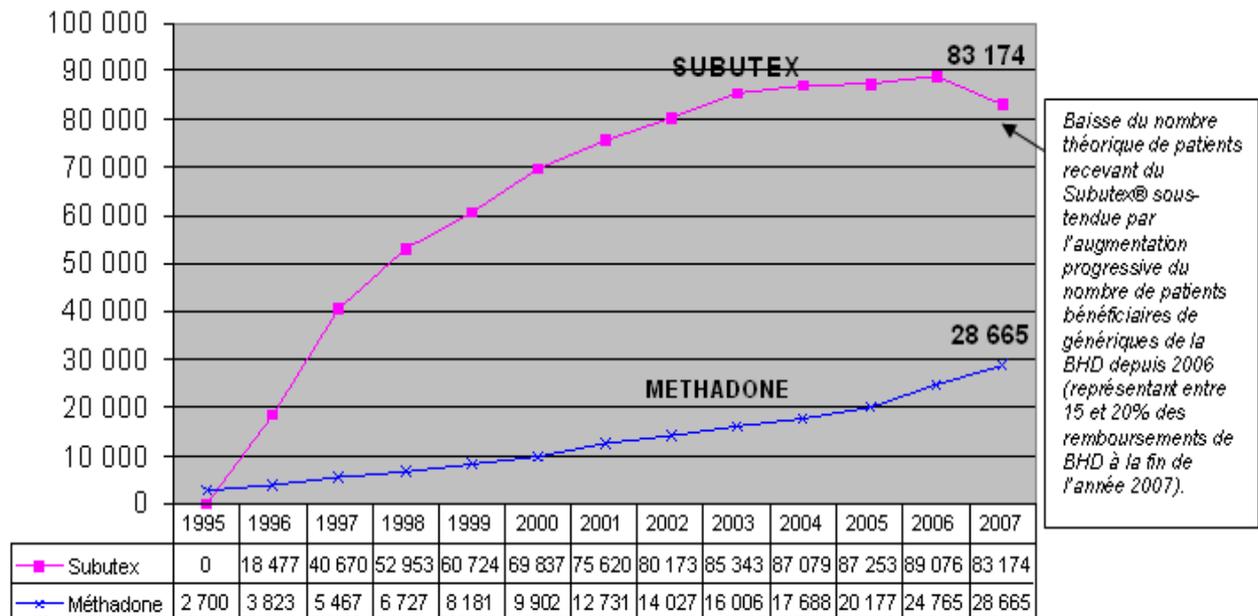
Partie 1 Les éléments utiles pour le suivi des patients dépendants aux opiacés en officine

pharmaceutique et présentations	+ + -	- Gamme gélule disponible depuis 2008 - La forme sirop ne peut être injectée Excipients : sucre (diabétique) ; alcool (risque avec les médicaments à effet antabuse) -Difficultés de stockage dans les pharmacies	-	présentation adaptée Possibilité de mauvaise utilisation : comprimé pouvant être injecté, sniffé ou fumé
Toxicité				Risque d'atteinte hépatique (voie IV surtout)
Autres				Explications nécessaires pour utilisation optimale de la voie sublinguale
Prescripteur initial		CSST, CSAPA, établissements de santé (relai en ville possible)		Tout médecin
Liste		stupéfiant		Liste I mais règle de prescription et délivrance des stupéfiants
Durée de prescription		14 jours		28 jours
Ordonnance				Sécurisée
Délivrance		1 à 7 jours (14 jours à titre dérogatoire) (Quotidienne par période de 7j sauf mention expresse)		7 jours (28 jours à titre dérogatoire)
Fractionnement				Oui
Renouvellement				Interdit
chevauchement				Si mention express

+ : avantage ; - : inconvénient ;

SNC : système nerveux central ; IRS : inhibiteur de la recapture de la sérotonine

4.9. MSO en chiffre



[Source : GERS/SIAMOIS/InVS]

Figure 5. Estimation du nombre de personnes recevant un traitement de substitution (Subutex 8 mg, Méthadone 60 mg) depuis 1995

Comme le montre la courbe du graphique ci-dessus, la BHD devient très rapidement après sa mise sur le marché en 1996 le premier traitement de la dépendance aux opiacés en France en terme quantitatif. La progression du nombre de patients substitués à la BHD s’infléchit progressivement et se stabilise entre 2004 et 2005. La faible augmentation constatée en 2006 (+2,5 %) est suivie d’une baisse artificielle liée à l’introduction à partir de 2006, mais effective surtout en 2007, des génériques de Subutex®.

Le nombre total de patients suivant un traitement à la BHD (Subutex® et génériques) n’est actuellement pas connu avec exactitude.

Le nombre des patients bénéficiant de méthadone a augmenté à un rythme constant mais beaucoup plus lentement en raison des modalités plus restrictives de sa prescription. Suite aux recommandations de la Conférence de Consensus sur les traitements de substitution de juin 2004 visant à diffuser la prescription de méthadone, la progression du nombre de patients suivant ce traitement s’est accéléré.

Partie 1 Les éléments utiles pour le suivi des patients dépendants aux opiacés en officine

Ainsi, en 4 ans, selon les données de l'Assurance maladie, l'évolution des remboursements de BHD a été de + 24,3% versus + 155% de méthadone. Néanmoins, la BHD représente toujours en 2008 80% de l'ensemble des prescriptions en ville.

Quelques chiffres du Limousin en 2009

		Limousin	France	Rang de dépt/à l'ensemble des dépt
Recours aux CSST (Nombre	646	111 655	57
	Pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans	71,2	67,1	38
Ventes de Stéribox®	En nombre d'unités	21 453	2 425 114	44
	Pour 100 habitants de 20 à 39 ans	23,7	14,6	14
	Taux de croissance des ventes de Stéribox® par rapport à l'année antérieure (en %)	11,4	-6,5	4
Ventes de Subutex®	En nombre de boîtes	22 947	3 962 388	51
	Pour 100 habitants de 20 à 39 ans	25,3	23,8	36
	Taux de croissance des ventes de Subutex® par rapport à l'année antérieure (en %)	10,1	2,8	26
Ventes de Méthadone®	En nombre de flacons	17936	7393981	80
	Pour 100 habitants de 20 à 39 ans	19,8	44,4	78
	Taux de croissance des ventes de Méthadone® par rapport à l'année antérieure (en %)	-2,85	-2,02	56

Décès par surdoses	En nombre	2	287	39
	Pour 100 000 habitants de 20 à 39 ans	2,2	1,7	30

4.10. SUBOXONE® : association buprénorphine et naloxone

En septembre 2006, elle reçoit une AMM européenne dans l'indication de "*Traitement substitutif des pharmacodépendances aux opiacés, dans le cadre d'une thérapeutique globale de prise en charge médicale, sociale et psychologique*". Cependant, en France, elle n'a pas encore reçu son AMM. Elle est encore au stade d'étude. La *naloxone* est un composant destiné à dissuader le mésusage du produit par voie intraveineuse. Le traitement est réservé aux adultes et adolescents de plus de 15 ans, qui ont accepté d'être traités pour leur toxicomanie."

Le traitement doit se faire sous le contrôle d'un médecin expérimenté dans la prise en charge de la dépendance/toxicomanie aux opiacés. Le médecin doit prévenir le patient que la voie sublinguale constitue la seule voie efficace et bien tolérée d'administration de ce médicament. Les comprimés sublinguaux de Suboxone® doivent être maintenus sous la langue jusqu'à leur dissolution, qui intervient habituellement en 5 à 10 minutes. La dose prescrite peut nécessiter le recours à des comprimés sublinguaux de Suboxone® 2 mg/0,5 mg et de Suboxone® 8 mg/2 mg qui peuvent être pris simultanément ou en deux fois ; la seconde administration doit être prise dès que le ou les comprimés de la première prise sont dissous.

La dose initiale recommandée est de un à deux comprimés de Suboxone® 2 mg/0,5 mg comprimé sublingual. Une dose additionnelle de un à deux comprimés de Suboxone® 2 mg/0,5 mg peut être administrée le premier jour en fonction des besoins individuels du patient. La dose de Suboxone® administrée doit être augmentée progressivement en fonction de l'effet clinique obtenu chez chaque patient et ne doit pas dépasser la posologie maximale de 24 mg par jour. La posologie doit être adaptée en fonction de la réévaluation de l'état clinique et psychologique du patient et doit se faire par paliers de 2 à 8 mg. Après obtention d'une stabilisation satisfaisante, la posologie de Suboxone® peut être réduite à une administration tous les deux jours en doublant la posologie quotidienne habituelle du patient.

**4.11. Traitement de soutien : Naltrexone (NALOREX®)
Comprimés sécables à 50mg ⁽⁶⁷⁾**

La *naltrexone* est un antagoniste des opiacés. Elle agit par compétition stéréospécifique avec la morphine et les opiacés sur les récepteurs localisés principalement dans le système nerveux central et périphérique. Administré seul, le produit a des actions pharmacologiques minimales : élévation modérée transitoire de la pression diastolique, baisse de la température, diminution de la fréquence respiratoire. Cependant, elle est susceptible de prévenir ou de supprimer les effets habituels des opiacés : dépendance, euphorie, myosis. Elle est la seule spécialité indiquée dans le traitement de soutien dans le cadre de la toxicomanie aux opiacés après la cure de sevrage en consolidation dans la prévention tertiaire pour éviter les rechutes. L'objectif d'un traitement par la *naltrexone* est d'aider le toxicomane dans le processus de soutien psychothérapeutique d'abstinence à l'héroïne. Les données concernant l'efficacité du produit, malgré l'absence d'étude comparative, permettent de retenir un apport thérapeutique modeste (niveau III) dans la stratégie thérapeutique de la prise en charge des toxicomanes.

Les cures de *naltrexone* doivent être conduites par les médecins bien entraînés à la prise en charge des toxicomanes. L'administration de *naltrexone* ne peut être envisagée qu'après sevrage depuis 7 à 10 jours. Une dose orale de 50 mg de *naltrexone* a une action préventive et antagoniste de l'ordre de 24 heures. La dose initiale de *naltrexone* est de 25 mg (un demi-comprimé).

Le patient doit rester sous surveillance médicale pendant 1 heure. Si aucun syndrome de sevrage n'est observé, le patient peut recevoir une nouvelle dose de 25 mg. La dose d'entretien de *naltrexone* est de 50 mg par jour (1 comprimé). L'administration tri-hebdomadaire peut être envisagée si elle permet d'obtenir une meilleure compliance, soit par exemple 100 mg le lundi, 100 mg le mercredi et 150 mg le vendredi. Une période initiale de 3 mois est conseillée. Elle peut être prolongée en fonction de l'appréciation clinique. Compte tenu de l'état de dépendance du toxicomane, il est conseillé de prolonger le traitement par *naltrexone* aussi longtemps que le patient en éprouvera le besoin.

La tolérance est bonne. Les effets indésirables les plus fréquents sont les nausées, les vertiges et la fatigue, mais des douleurs abdominales, des arthralgies, des myalgies, des céphalées, une anxiété et une insomnie peuvent également survenir. Le patient doit être sensibilisé au fait qu'il doit toujours signaler le traitement par Révia® aux médecins, dentistes ou pharmaciens afin d'éviter des interactions avec certains médicaments contre la douleur consistant en une diminution de l'activité des dérivés morphiniques.

5. Finalités et résultats attendus des traitements de substitution (69) (70)

La méthadone et la buprénorphine haut dosage agissent en se fixant sur les récepteurs aux peptides opioïdes endogènes. Administrées par voie orale (méthadone) ou sublinguale (BHD), elles présentent une longue durée d'action, associée à l'absence d'effet pic. De ce fait, elles suppriment ou préviennent les signes de manque et sont dénuées d'effets renforçateurs. Ces caractéristiques en font des outils pharmacologiques de substitution utilisables dans les stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés illicites.

5.1. Finalité

Initialement, les objectifs généraux fixés à la diffusion des TSO ont été précisés lors de l'autorisation pour tous les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) de prescrire de la méthadone. Ils consistaient à :

- prévenir la survenue de problèmes sanitaires découlant de l'usage d'opiacés
« En aidant à la réduction de la consommation de drogues issues du marché illicite et en favorisant un moindre recours à la voie injectable » ;
- favoriser l'insertion des usagers dans un processus thérapeutique et faciliter le suivi médical d'éventuelles pathologies associées à la toxicomanie, d'ordre psychiatrique et somatique ;
- contribuer à l'insertion sociale des usagers ;

L'objectif ultime étant de permettre à chaque patient d'élaborer une vie sans pharmacodépendance, y compris à l'égard des MSO.

Aujourd'hui, le remplacement de la consommation d'opiacés illicites par un MSO, qui n'est pas strictement une équivalence ou « substitution vraie », a pour finalité principale de permettre aux personnes dépendantes d'abandonner leurs comportements addictifs et de se dégager du centrage de leur existence sur les effets et la recherche délétère du produit, pour recouvrer tout ou une partie de leur liberté et globalement une meilleure qualité de vie. En réduisant ainsi les divers dommages induits, ces stratégies thérapeutiques sont également de nature à répondre aux attentes de la société.

En pratique, les TSO permettent aux patients de réduire ou cesser leur consommation d'opiacés illicites et favorisent ainsi la modification de leurs comportements de consommation et habitudes de vie. La demande d'un TSO est un moyen pour le patient dépendant de rencontrer un professionnel de santé et de nouer avec lui une relation de confiance dans le respect mutuel, pour inscrire le MSO dans une prise en charge globale somatique, psychologique et sociale. Il sera maintenu aussi longtemps que nécessaire, voire indéfiniment. Cependant, après une phase de stabilisation avec arrêt de la consommation d'opiacés illicites et une évolution personnelle, la diminution très progressive du traitement, décidée d'un commun accord par le patient et ses soignants, pourra conduire au sevrage complet et à l'arrêt d'éventuels mésusages d'autres substances psycho-actives.

Cette finalité est de nature à répondre aux attentes :

- des personnes dépendantes elles-mêmes ;
- des professionnels de la santé et notamment des intervenants spécialisés ;
- de la société.

Elle invite à multiplier sur le territoire et faire connaître les lieux d'accueil pour favoriser la mise à disposition des TSO et permettre l'accès aux soins.

5.2. Objectifs

5.2.1. Objectifs des personnes dépendantes des opiacés

Ils sont multiples selon la nature de leur parcours et de leurs projets personnels :

- soulager un état de manque douloureux ;
- assurer une gestion personnelle de la dépendance ;
- diminuer, voire cesser la consommation des opiacés illicites en s'accommodant du maintien de la pharmacodépendance de substitution ;
- parvenir à une abstinence complète d'opiacés, y compris de tout MSO ;
- parvenir in fine à la résolution complète de toute problématique de mésusage de substances psycho-actives.

Les trois derniers objectifs supposent le souhait du patient dépendant de se dégager de la consommation d'opiacés illicites et du cycle de renforcement, et d'être soutenu dans sa démarche. Ils demanderont une évolution personnelle, du temps et un accompagnement.

Le premier contact avec un médecin est déjà en soi la reprise d'une communication avec la société. Le patient a dû souvent surmonter une appréhension vis-à-vis des professionnels de santé dont il redoute le jugement. La première consultation a pour objectif d'atténuer l'angoisse, de soulager les souffrances physiques et morales et d'évaluer la situation clinique, psychique et sociale de l'usager.

Que l'initialisation du TSO soit immédiate ou reportée à une échéance fixée d'un commun accord, la demande d'un MSO est l'occasion d'offrir au patient toute une palette de soins médicaux et psychologiques, et de faire le cas échéant le bilan de ses problèmes sociaux. Le TSO est « *un passeport pour les soins* ».

Ces objectifs peuvent s'appuyer sur des motivations de plusieurs ordres :

- personnel : par exemple, être soulagé de sa souffrance physique et morale, parvenir à une abstinence totale de drogues, à une autonomie, à s'occuper de ses enfants, etc., ou également assurer une meilleure gestion personnelle de sa dépendance en améliorant le confort de la prise des opiacés ou en gérant la prise d'autres substances psycho-actives, etc. ;
- stratégique : mieux gérer ses consommations de drogues, « faire plaisir » à son entourage, etc ;

- médical : diminuer les risques de complications, accéder à des soins, faciliter le traitement de pathologies associées, etc ;
- social et économique : par exemple, s'écarter du « milieu drogue » et du trafic illégal, accéder à des ressources, à un logement, à une couverture sociale, à un emploi, éviter de se trouver en butte avec la police et la justice, de devoir se soumettre à une injonction thérapeutique ou une obligation de soins ; ou utiliser le système parce que c'est un droit, revendre une partie des MSO prescrits, etc.

On peut noter que certains objectifs et motivations incluent l'abandon des consommations des drogues illicites et d'autres non. Néanmoins, ces objectifs et motivations sont susceptibles d'évoluer au cours du traitement.

La mise en place d'un TSO suppose que plusieurs de ces objectifs soient partagés avec le/les soignants dans le cadre de l'élaboration du projet de soin individualisé et de la construction d'une alliance thérapeutique.

5.2.2. Objectifs des professionnels de santé et des intervenants en addictologie

Les objectifs thérapeutiques se distribuent sur plusieurs axes :

Répondre à court terme à la souffrance physique et morale, parfois dans l'urgence :

- soulager le patient des douleurs de l'état de manque,
- lui proposer de rompre le cycle manque-recherche d'argent-prise de produit,
- faciliter l'accès aux soins,
- soutenir les objectifs éventuellement énoncés par le patient à l'égard de sa dépendance

Prendre en charge la dépendance aux opiacés avec trois objectifs concrets, susceptibles de se succéder dans le temps :

- diminuer et si possible arrêter la consommation des opiacés illicites dans une perspective de réduction des risques en s'accommodant du maintien de la pharmacodépendance,
- aboutir à une abstinence complète d'opiacés illicites : le traitement est conçu alors comme une étape vers le sevrage de toute substance opiacée ; il peut cependant être nécessaire à long terme, voire à vie,

- aboutir in fine à l'abstinence complète de toute substance psycho-active illicite et de tout MSO, ce qui demande une évolution personnelle, du temps et un accompagnement.

C'est à partir de ces principaux objectifs que s'établit une distinction courante, mais peu étayée, entre programmes à « bas seuil d'exigence » et programmes à « haut seuil d'exigence ». Il s'agit plutôt de distinguer des objectifs à court terme, au moment de l'initialisation du traitement, et des objectifs à moyen et long terme qui participent à la construction d'un projet thérapeutique et social partagé.

Permettre l'accès aux soins médicaux des comorbidités et des dommages induits :

- dépister et traiter les pathologies associées, qu'elles soient antérieures, concomitantes ou liées à la prise du produit illicite, notamment les pathologies infectieuses (hépatites B et C, infection par le VIH, infections diverses, etc.), la malnutrition, les problèmes dentaires, etc.
- prévenir l'hépatite B par la vaccination, vérifier la vaccination contre le tétanos,
- dépister et traiter les comorbidités psychiatriques fréquemment associées,
- aborder les autres consommations de substances psycho-actives : alcool, psychotropes et notamment les benzodiazépines (BZD), cocaïne, amphétamines, tabac, autres,
- améliorer l'observance des autres traitements éventuellement nécessaires ;

Gérer les situations particulières (femmes enceintes, détention, précarité, situations irrégulières, centres de rétention, etc.) ;

Maintenir l'insertion ou favoriser la réinsertion en permettant l'accès à un(e) assistant(e) social(e) pour :

- faciliter l'accès aux ressources, au logement, à l'emploi et faire valoir ses droits,
- rompre l'isolement familial, social, professionnel et la mise à l'écart (supposée ou réelle) du système de soins,
- favoriser le maintien des relations familiales.

Ces objectifs concernent donc l'ensemble des sujets dépendants des opiacés, même si dans un second temps ils reposent nécessairement sur des prescriptions individualisées.

5.3. Résultats attendus

Les résultats attendus se situent sur plusieurs registres :

Sur le plan personnel, le patient dépendant doit voir s'améliorer à la fois sa santé et son statut social :

- accès à une couverture sociale,
- accès au logement,
- amélioration de son insertion sociale,
- amélioration de son insertion professionnelle,
- amélioration de sa qualité de vie et de celle de son entourage ;

En termes de santé publique, on attend du traitement de la dépendance aux opiacés par les MSO :

- une diminution de la mortalité et de la morbidité liées aux usages de drogues, et notamment :
 - une réduction du nombre des surdoses,
 - une réduction de la consommation d'héroïne et des risques liés à son administration (intraveineuse [IV], sniff),
 - l'amélioration de la prévention et du traitement des comorbidités infectieuses (hépatites, infection par le VIH, tuberculose) et la diminution du nombre des décès qui leur sont liés,
 - une meilleure prise en charge des comorbidités psychiatriques (formes graves d'anxiété, états dépressifs, etc.),
- une amélioration de l'issue des grossesses,
- une amélioration de la santé globale de la population ;

Sur le plan social et économique :

- une amélioration de l'insertion professionnelle et sociale,
- une diminution de la délinquance et du trafic liés aux usages de drogues,
- une diminution des incarcérations,
- la limitation du développement d'une économie parallèle,
- la possibilité d'asseoir les traitements sur le réseau existant des médecins généralistes, des centres spécialisés (CSST et CSAPA) et des établissements de santé,

- une diminution du coût des prises en charge (efficience),
- et plus globalement une baisse du coût social lié aux usages des drogues illicites, avec une amélioration du rapport coût/bénéfice.

6. Politique française en matière d'addiction (71) (72)

La réduction des risques (RDR) est une démarche qui s'adresse aux consommateurs actifs de drogues. Cette démarche privilégie des stratégies de soin et de prévention visant à limiter au maximum les risques sanitaires (infections, abcès...) et sociaux (exclusion, précarité...) liés à l'usage de drogues.

La réduction des risques propose des solutions pragmatiques aux problèmes qu'ils rencontrent en s'appuyant sur plusieurs outils dont les plus connus sont :

- l'accès au matériel stérile de consommation de drogues (en particulier d'injection) ;
- l'accès à des lieux de restitution du matériel de consommation de drogues ;
- l'accès aux traitements de substitution aux opiacés ;
- l'accès à des lieux d'accueil et d'accompagnement.

Cette démarche commence par l'accueil de l'utilisateur dans l'état où il se présente, de manière anonyme, gratuite, sans préalable et sans jugement, la création d'une confiance pour permettre à l'utilisateur d'adopter des comportements favorables à la santé (hygiène, prévention des risques infectieux) et faire de lui un acteur de sa santé.

Les Missions du pharmacien comme intervenant dans la réduction des risques sont:

- Informer les usagers de drogues sur les risques sanitaires qu'ils encourent, sur leurs droits à la santé et leurs droits sociaux ;
- Mettre à leur disposition des outils de réduction des risques (notamment, pour les injecteurs, du matériel d'injection stérile) ;
- Informer sur l'existence d'une prise en charge globale comprenant différentes options de soin (sevrage, traitement de substitution adapté...), accompagnées d'un suivi psychothérapeutique et social individualisé. Le traitement et suivi diminuent de manière significative l'injection et les risques associés.

L'orientation vers une prise en charge spécialisée comme un programme de substitution (dans le cas d'usage d'opiacés) ou vers un programme de sevrage doit cependant et avant tout répondre à une demande de la personne.

6.1. La politique de réduction des risques ⁽⁷³⁾

En France, les premières mesures sont mises en place à la fin des années 1980, alors que la population des usagers de drogues par voie intraveineuse est massivement touchée par l'épidémie de VIH.

Ainsi les dates clés les grandes étapes de l'implantation de la réduction des risques en France :

1987 : Le décret 87-328 du 13 mai 1987 pris à l'initiative de Michèle Barzach, ministre de la santé autorise la mise en vente libre des seringues en pharmacie pour les personnes majeures ; initialement prévue pour un an, cette autorisation est reconduite l'année suivante puis adoptée à titre définitif en 1989.

1990 : Médecins du monde ouvre le premier programme d'échange de seringues.

1990-1992 : Les actions de prévention du VIH associent les usagers de drogues à la protection de leur santé.

1995-1996 : mise en place progressive d'un dispositif de réduction des risques infectieux chez les toxicomanes qui répond à deux objectifs :

- Prévenir la contamination par les virus du sida et des hépatites ;
- Permettre aux usagers d'accéder au système de soins.

Ce nouveau dispositif s'appuie sur :

- La vente en pharmacie (ou via des automates implantés devant les pharmacies avec l'accord des pharmaciens) de trousse de prévention avec seringues stériles ;
- Des Programmes d'échange de seringues et le développement d'automates échangeurs (dont l'implantation dans les communes repose sur la volonté des élus locaux) ;
- Des réseaux de médecins généralistes, des équipes chargées de l'accueil des toxicomanes à l'hôpital ;
- Les traitements de substitution : deux médicaments acquièrent une autorisation de mise sur le marché pour le traitement des usagers dépendant de l'héroïne : la méthadone et la buprénorphine haut dosage (BHD, d'abord commercialisée sous le nom de Subutex®).

2004 : La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 donne un statut à la politique de réduction des risques, et lui permet de quitter définitivement le stade expérimental. L'article L.3121-3 du code de la santé publique précise que « la définition de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues relève de l'État ».

Depuis 2005 : Les objectifs poursuivis et les modalités d'intervention en direction des usagers de drogues sont désormais définis dans un Référentiel national des actions de réduction des risques (art. D.3121-33 du code de la santé publique), qui vise à renforcer la qualité des pratiques et à promouvoir les expérimentations. Les actions menées par les professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les acteurs associatifs, dès lors qu'elles s'inscrivent dans ce cadre, sont légales ; elles ne peuvent plus être considérées comme une incitation à l'usage.

2006 : Le dispositif d'accueil existant est restructuré et consolidé : de nombreux programmes, services, « boutiques » ou structures peuvent acquérir le statut d'établissement médico-social en tant que Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues CAARUD.

2007 : Création des CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, cadre juridique unique ayant vocation à remplacer les CSST (Centres de soins spécialisés pour toxicomanes) et les CCAA (Centres de cure ambulatoires en alcoologie). Les CSAPA prennent en charge les personnes en difficulté avec les substances psychoactives, licites ou non, y compris le tabac, l'alcool et les médicaments détournés de leur usage.

Les médecins français, en quelques années, ont acquis une bonne connaissance des traitements de substitution, ils utilisent le Subutex® de plus en plus largement mais s'inquiètent de certains problèmes (mésusages, injections, question de l'arrêt du traitement) et ils s'estiment insuffisamment formés pour aborder les problèmes sociaux et psychologiques. S'agissant de la méthadone, ce traitement ne paraît pas assez accessible encore dans notre pays, le cadre de prescription restant trop restrictif et l'offre pas toujours suffisante.

Les problèmes posés par les dépendances aux opiacés paraissent cependant beaucoup mieux connus et maîtrisés à l'heure actuelle.

6.2. Les seringues et le Stéribox

6.2.1. Seringues

C'est en 1972, dans un contexte de guerre à la drogue, que Chaban-Delmas signe un décret qui va supprimer la vente libre des seringues en pharmacie et exiger une vente, soit sur ordonnance, soit sur une commande écrite avec identité de l'acheteur majeur.

En 1984, le premier cas de décès lié au VIH d'un usager de drogue est enregistré.

En 1985, sous le feu des médias, l'association AIDES délivre des seringues en toute illégalité et certains pharmaciens commencent à briser les règles

en 1987, 342 nouveaux cas de sida sont enregistrés chez les usagers de drogues, le sida devient la première cause de mortalité chez cette catégorie de la population ce nombre ne cessera d'augmenter 906 nouveaux cas en 1990 et 1489 cas en 1993.

En 1987, Mme Barzach, Ministre de la Santé, lance à titre " expérimental " la vente libre des seringues, qu'elle pérennise après évaluation puisque le nombre de nouveaux cas de sida chez les usagers de drogues va se stabiliser en 1994 (1370 nouveaux cas), puis fléchir (947 cas en 1996, 419 en 1997).

En 1989 l'expérimentation devient 'Une politique de santé publique' trois programmes d'échange de seringues (PES) expérimentaux sont créés, pilotés notamment, par Médecins du Monde.

Il est possible d'utiliser :

- Soit des seringues serties et montées avec une aiguille inamovible (préalablement fixée sur le corps de la seringue) : c'est notamment le cas des seringues à « insuline » de 1 cc (100 UI – unités internationales), reconnaissables à leur capuchon orange et qui sont les plus utilisées, en particulier pour l'injection d'héroïne et de cocaïne.
⇒ Ces seringues diminuent le risque de contamination en réduisant les manipulations de préparation ;

- Soit des seringues non serties sur lesquelles on adapte des aiguilles amovibles : c'est notamment le cas des seringues de grand volume (2,5 ou 5 cc), souvent utilisées pour l'injection de produits nécessitant de grandes quantités de liquide pour être dilués : médicaments détournés de leur usage habituel (comme la BHD) ou dérivés morphiniques normalement utilisés comme antalgiques par voie orale (du type Skenan®, Moscontin® ou Temgésic®).
- ⇒ Ces seringues demandent une vigilance particulière de la part des utilisateurs car leur manipulation, plus complexe, peut exposer à des risques infectieux plus importants.

6.2.2. Steribox®



En 1992 une trousse dite "Stéribox®" est expérimentée par mille pharmaciens volontaires et en octobre 1994 le Ministère de la Santé et l'Ordre des Pharmaciens étendent l'expérience au niveau national, le soutien de l'Etat permettant une vente à bas prix (5F).

En 1994, les premiers automates distributeurs de seringues distribuant des trousse de prévention sont installés, d'abord sur des façades de pharmaciens volontaires, puis sur rue.

En 1995 des associations sont autorisées à délivrer gratuitement des trousse de prévention KAP (MDM) et KIT (DGS) contenant seringues, ampoules d'eau, tampon et préservatifs. Cette diffusion gratuite permet d'aller à la rencontre des usagers les plus précaires et de "baisser" le prix relatif d'une seringue.

En 1999 les trousse de prévention sont renouvelées (Stéribox®2 vendu 7F/1€ et KIT+), pour notamment mieux prendre en compte le risque VHC en y ajoutant une cupule et un filtre stérile.

Aujourd'hui, 96% des pharmaciens vendent des seringues et ils en distribuent 15 millions par an aux usagers de drogue, soit plus de 90% des seringues qui leur sont destinées. Plus d'une trentaine de " Boutiques " et quatre-vingt dix Programmes d'échange de seringues (PES) ont été créés et plus de 230 automates sont installés.



Le récipient

Le récipient (ou « Stéricup® » sert à mélanger le produit avec de l'eau et parfois avec un acidifiant. Il permet également de chauffer le mélange obtenu pour en faciliter la dilution. Les trousse de prévention (Stéribox 2®, Kit+®...) contiennent deux récipients stériles.

Le partage du récipient est une source de contamination peu repérée par les usagers.

Chaque préparation doit se faire si possible avec un récipient neuf et stérile. À défaut, il est possible d'utiliser une cuillère ou le dessous d'une canette, à condition de les avoir au préalable soigneusement lavés à l'eau de Javel mais ça ne garantit pas une inactivation totale des virus.

L'eau

L'eau permet de dissoudre le produit. Le risque réside dans l'utilisation d'eau non stérile ou dans la contamination du liquide par du matériel souillé. Chaque usager de drogues par voie intraveineuse doit utiliser si possible son propre petit flacon à usage unique d'eau stérile ou de sérum physiologique pour préparation injectable. À défaut, l'eau minérale peut éventuellement être utilisée si la bouteille vient d'être ouverte.

En cas d'utilisation d'eau du robinet, il convient de la faire couler quelque temps avant de la prélever, de la porter à ébullition et d'attendre qu'elle refroidisse avant l'injection (il est déconseillé d'utiliser de l'eau chaude qui n'a pas bouilli).

Le diluant acide

Certaines drogues injectées par voie intraveineuse nécessitent une dissolution préalable (l'héroïne brune et le crack/freebase, en particulier).

L'héroïne blanche et la cocaïne, très solubles dans l'eau, n'ont besoin d'aucun autre diluant.

En ce qui concerne le choix du diluant acide, et dans l'attente de nouvelles recommandations, il n'est pas conseillé d'utiliser l'acide citrique et l'acide ascorbique : leur conditionnement est souvent inapproprié (quantité contenue dans chaque dosette trop importante et pouvant inciter au partage ou à la réutilisation) et, en ce qui concerne l'acide citrique, possibilité que l'acide réagisse avec l'aluminium du récipient.

Les usagers de drogues utilisent en général quelques gouttes de jus de citron. Attention cependant : un citron entamé s'imprègne très rapidement de champignons microscopiques et invisibles, avec le risque de candidoses disséminées. Le vinaigre et le jus de citron que l'on trouve dans le commerce présentent le même danger.

Le filtre

Filtrer la solution est une étape importante de la préparation car elle permet d'éliminer les particules insolubles (« poussières » et excipients).

Le partage des filtres ou coton expose au risque très élevé d'infection virale, bactérienne ou mycosique, en raison des nombreuses manipulations effectuées, une pratique certes assez courante appelée par les usagers « faire les cotons » vu que les filtres qui ont déjà servi contiennent une partie du principe actif.



Le Stérifilt® permet de filtrer efficacement les médicaments détournés de leur usage (tels que la BHD) qui contiennent beaucoup d'excipients et endommagent gravement le système veineux. Il retient également moins de drogue que les autres filtres et diminue donc en théorie le risque de réutilisation. Pour autant, son efficacité pour réduire les risques de contamination VHC n'a pas été clairement établie.

À défaut de Stérifilt®, est plus efficace qu'un filtre de cigarette (en acétate de cellulose) qui ne devrait jamais être arraché avec les dents (risque d'introduction de germes). .

Les tampons alcoolisés

Ils servent à désinfecter la peau avant l'injection au niveau des zones d'injection.

Chaque point d'injection doit si possible être désinfecté à l'aide d'un tampon alcoolisé neuf, notamment lorsque plusieurs points sont utilisés

On peut aussi s'en fabriquer avec du coton hydrophile et de l'alcool à 70° (une eau de Cologne peut éventuellement convenir).

Après l'injection, ne pas utiliser des tampons alcoolisés qui retardent la coagulation.

Les tampons secs

Présents dans les trousse de prévention, ils permettent de comprimer proprement la veine en cas de tentative infructueuse et après l'injection.

Après avoir ôté l'aiguille, le point d'injection doit être comprimé pendant au moins 30 secondes pour arrêter le saignement.

À défaut des tampons secs des trousse de prévention, préférer la gaze aux mouchoirs en papier neufs et aux cotons neufs.

Le garrot

Il est utilisé pour comprimer les veines en amont du point choisi pour l'injection. Il permet de trouver plus facilement une veine dans laquelle injecter. S'il est partagé ou souillé, il peut être vecteur de contamination, notamment du VHC.

Chaque personne doit utiliser son propre garrot (si possible en caoutchouc), placé à quelques centimètres au-dessus du point d'injection, de façon à ce qu'il puisse être défait d'un simple geste. À défaut de garrot en caoutchouc, il est conseillé d'utiliser le foulard, la ceinture ou le lacet le plus propre possible (et de ne pas le/la partager).

Un garrot ne doit pas être laissé en place plus de quelques minutes.

6.2.3. L'injection de traitements de substitution aux opiacés

Les traitements de substitution aux opiacés injectables ne sont pas disponibles en France. Les traitements disponibles (méthadone, sous forme liquide ou de gélule, et buprénorphine haut dosage, sous forme de comprimés) n'ont pas été conçus pour l'injection mais ils sont parfois détournés de leur usage par les usagers de drogues et injectés.

L'injection de BHD présente un risque particulier : peu soluble, ce produit se réduit en fines particules qui risquent d'obstruer les petits vaisseaux, notamment ceux du poumon (les injecteurs de BHD se reconnaissent souvent au gonflement de leurs extrémités, mains ou pieds, du fait de la dilatation des vaisseaux obstrués).

Ces divers médicaments sont cependant très imparfaitement solubles dans l'eau. Toute utilisation par voie intraveineuse de ces médicaments nécessite une préparation et un filtrage minutieux. L'emploi du Stérifilt® semble réduire sensiblement certaines conséquences sanitaires (oedèmes, abcès...) liées à l'injection de comprimés, notamment de BHD.

6.2.3.1. L'injection

L'injection proprement dite nécessite des précautions d'asepsie rigoureuses.

Il est important d'avoir les mains propres (c'est-à-dire lavées avec un savon bactéricide ou avec du savon de Marseille). Ces moyens de protection contre les infections n'ont pourtant qu'un effet temporaire qui risque d'être annulé par la manipulation d'autres objets non stériles.

Le choix du point d'injection :

Changer souvent le point d'injection

Alterner régulièrement les points d'injection endommage moins le capital veineux.

Les endroits à éviter :

Les usagers de drogues dont les veines des bras sont endommagées utilisent parfois d'autres zones d'injection qui présentent des risques accrus.

S'injecter une veine du dessus du pied ou de la jambe expose au risque de phlébite.

Alterner l'injection et d'autres modes de consommation (sniffer, fumer, gober) peut permettre de préserver le capital veineux et d'éviter de s'injecter dans des zones à risque accru. Ces autres modes de consommation présentent cependant, pour certains d'entre eux, des risques infectieux spécifiques.

L'injection dans une artère est particulièrement dangereuse car elle expose à des risques de thrombose (obstruction d'un petit vaisseau par un caillot) et d'hémorragie. Lorsqu'une artère est touchée, il est conseillé d'arrêter immédiatement l'injection, de retirer l'aiguille, d'enlever le garrot (si cela n'est pas déjà fait) et de comprimer fortement le point d'injection avec un tampon sec pendant une dizaine de minutes. Si, malgré tout, un gonflement (ou une douleur) apparaît, il faut se rendre rapidement aux urgences de l'hôpital le plus proche.

L'injection sous-cutanée ou intramusculaire

Elle présente moins de risque d'overdose et de bactériémie que la voie intraveineuse. Elle expose cependant au risque d'abcès.

6.2.3.2. *L'élimination du matériel utilisé*

Il est nécessaire d'éliminer tout le matériel qui a servi à l'injection (seringues, aiguilles, tampons, filtres, récipients) pour empêcher sa réutilisation, y compris par l'utilisateur lui-même, et éviter d'éventuelles piqûres et contaminations d'autres personnes.

Le plus sûr est de rapporter tout le matériel utilisé dans une structure de réduction des risques pour usagers de drogues ou de le placer dans un récupérateur prévu à cet effet.

À défaut, ce matériel peut être placé dans une cannette métallique que l'utilisateur pliera en deux avant de la jeter à la poubelle. Pour encore plus de sécurité, l'utilisateur peut aussi, avant de jeter la seringue, casser l'aiguille et mettre la partie cassée dans le corps de la seringue (en remplaçant le piston) puis recapuchonner pour protéger la base de l'aiguille.

Partie 2 Education thérapeutique des patients

Il est important de souligner un paradoxe : les praticiens de santé, quelle que soit leur profession, formés au maniement de thérapeutiques et de techniques hautement efficaces sont confrontés à l'apparition de situations morbides chronique est de plus en plus fréquentes. Ces maladies chroniques, grâce aux avancées successives de la médecine, ont désormais générées des personnes non guéries, mais affectées de contraintes quotidiennes, qui ne sont pas forcément perçues par les praticiens médecins, pharmaciens et infirmiers.

1. Construction de la notion d'éducation thérapeutique

1.1. Origine de la notion d'éducation thérapeutique ⁽⁷⁵⁾

« Tout acte thérapeutique a un aspect éducatif qui le valorise, lui donne sa pleine portée humaine et complète son efficacité », P. Delore, CFES, 1954.

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 « La charte d'Ottawa » dont le but est de donner aux individus d'avantage de maîtrise de leur propre santé et de moyens de l'améliorer. C'est le précurseur des réflexions sur le rôle du patient dans la promotion de la santé.

Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les actions qu'elle prévoit, les plus en lien avec l'éducation thérapeutique sont:

La promotion de la santé ⁽⁷⁷⁾ est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. Elle ne relève pas seulement du secteur sanitaire, et vise un bien-être.

Promouvoir l'idée ⁽⁷⁸⁾ : Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel. Tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la promotion des idées.

Renforcer l'action communautaire : La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé aux possibilités de se soigner et à l'aide financière.

Par le mot communautaire on parle des patients et ceux que la pathologie touche de près ou de loin en commençant par le personnel soignant, médecins, infirmiers, pharmaciens, très conscients des besoins réels du patient pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et l'assiduité du patients , ainsi que les proches ou collègues qui *en* côtoyant la stratégie thérapeutique adoptée peuvent lui trouver des failles à combler pouvant y améliorer l'observance.

Acquérir des aptitudes individuelles : La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie.

Réorienter les services de santé : Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les associations, les professionnels de la santé et le gouvernement. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé.

Le rôle du secteur sanitaire ne doit plus se limiter à la prestation des soins mais doit se doter de nouvelles fonctions d'éducation du patient, son soutien et son suivi sont les enjeux d'une réussite de la stratégie thérapeutique adoptée.

La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche, ainsi que des changements au niveau de la formation professionnelle qui devra être continue et à un niveau à la hauteur des attentes.

1.2. Définition de l'éducation thérapeutique

La définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS), 1998 est ⁽⁷⁴⁾ :

« Former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie. L'éducation thérapeutique est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. L'enseignement du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage du traitement, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement : la formation du patient doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants. »

L'éducation thérapeutique s'adresse aux patients et leur entourage, elle aide les personnes atteintes d'une pathologie chronique à renforcer leurs capacités à prendre en charge l'affection qui les touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins, en passant par la compréhension de leur maladie, des soins et à gérer leur traitement et prévenir les complications et les rechutes. Elle concerne également certaines personnes qui présentent certains facteurs de risque comme l'hypertension artérielle, le cholestérol...

Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, événement intercurrents,...) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui.

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le cadre d'une relation équilibrée entre les soignants et le patient : ce dernier est encouragé à poser des questions et à proposer des réponses ; il apprend à réaliser lui-même certains actes techniques nécessaires à sa prise en charge.

Ainsi, elle favorise les droits des patients en améliorant leur implication dans leur prise en charge médicale.

Même si l'éducation thérapeutique se pratique depuis de nombreuses années, elle reste le plus souvent ponctuelle et liée au dynamisme de certains professionnels. L'absence de cadre politique général et de modalités de financement entravent considérablement son développement.

1.3. Organisation et finalités ⁽⁷⁶⁾ ⁽⁷⁷⁾

En France, des querelles sémantiques, notamment sous l'influence des sciences de l'éducation, ont fait que l'éducation thérapeutique a pu être l'objet de discussions intenses.

Quelques pays sont particulièrement avancés en Europe, la Belgique et la Suisse notamment. Ils disposent d'une expérience dans la durée qui les autorise, peut-être plus que d'autres, à proposer une approche conceptuelle établie en regard des actions de terrain.

De nombreux travaux existent tant au niveau national qu'international, depuis le rapport sur ce sujet publié par l'Organisation mondiale de la Santé en 1998. Depuis quelques années, en France, les acteurs de l'éducation thérapeutique du patient, souvent sous l'impulsion des associations d'usagers, ont su attirer l'attention des pouvoirs publics sur l'intérêt d'intégrer les activités éducatives aux soins.

Pour la période 2007-2011, le ministère a suscité l'élaboration d'un plan pluriannuel d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques pour que se mettent en place, pendant la durée du plan, des activités d'éducation thérapeutique.

En 2007-2008, des recommandations en ce domaine ont été édictées, notamment par la Haute Autorité en Santé (HAS) et l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES).

1.3.1. Le fondement législatif ⁽⁷⁸⁾ ⁽⁷⁹⁾

La reconnaissance des activités d'éducation thérapeutique du patient emprunte une double voie : affirmer la place du patient dans le processus de soins pour concourir à la guérison, et à l'amélioration de sa santé, d'une part, et le droit pour chaque patient chronique dont l'état de santé le nécessite de disposer d'un plan de soins coordonnés.

1.3.1.1. La reconnaissance législative des actions d'éducation thérapeutique

Dans un contexte de développement des maladies chroniques, l'éducation thérapeutique du patient constitue, au même titre que l'accompagnement thérapeutique, une nécessité, pour rendre le système de soins de demain confronté au développement des maladies chroniques, plus efficace et plus efficient.

Dans ces conditions, il est souhaitable que la puissance publique affiche une préoccupation politique forte pour l'orientation de notre système de soin en reconnaissant par la loi la place occupée par l'éducation thérapeutique et par l'accompagnement des patients.

1.3.1.2. *Le renforcement de l'accompagnement du patient*

L'éducation thérapeutique ne peut être prise isolément de l'accompagnement du patient au risque de l'insatisfaction du côté des bénéficiaires, qui attendent plutôt un soutien thérapeutique, puisque l'ETP ne peut concourir seule à l'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques dont le gouvernement a fait un objectif.

C'est sur cette reconnaissance que peut être fondée plus clairement l'attribution de subventions par les Agences régionales de santé.

1.3.1.3. *Le droit au plan de soins coordonnés pour chaque patient chronique dont l'état de santé le nécessite.*

Le développement des pathologies chroniques change radicalement la prise en charge du patient, le système de soins doit maintenant compter sur une demande de prise en charge dans la durée, associant des savoirs issus de plusieurs disciplines impliquées dans l'action au quotidien auprès des malades chroniques qui le nécessitent. Ce sont tous les soignants, médicaux et non médicaux, qui doivent se coordonner autour d'un plan de soin.

1.3.2. Mettre en œuvre un programme personnalisé d'ETP ⁽⁸⁰⁾ ⁽⁸¹⁾

1.3.2.1. *Eléments nécessaires à la prise en charge par le patient de sa pathologie ⁽⁸³⁾*

L'auto surveillance globale de la maladie, l'auto mesure de données biologiques simples, l'adaptation éventuelle des traitements, la connaissance et la possibilité d'agir sur les facteurs de risques, la réalisation de gestes techniques de soins, la prévention de complications évitables représentent, pour le patient, autant d'apprentissages à acquérir. Et pour qu'ils aient une réelle efficacité, encore faut-il tenir compte du caractère de l'individu, de ses capacités de mémorisation ou/et d'intégration des données dans un plan de soins connus, mais aussi de son expérience sur son propre ressenti et de sa connaissance des évolutions de la symptomatologie clinique qui peuvent annoncer des changements dans le cours de sa pathologie.

Après le diagnostic médical de la pathologie, le schéma méthodologique retenu pour la mise en place d'un processus d'éducation thérapeutique s'appuie d'abord et prioritairement sur la participation des malades aux décisions médicales ou/et médico sociales.

Mais tout malade chronique peut, selon son état de santé, ne pas avoir besoin d'un programme éducatif. Par contre, les difficultés personnelles telles que la compréhension de la langue, le handicap mental, les troubles cognitifs et les dégénérescences neuro-végétatives comme le statut socio-économique, un faible niveau culturel, devront être pris en compte dans l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique. Il est impératif d'adapter la réponse d'ETP à l'individu. Les résistances personnelles des patients ne doivent, en aucun cas, l'écarter d'un tel programme éducatif.

Mais le patient est en droit de refuser de bénéficier d'un programme d'éducation thérapeutique.

1.3.2.2. Les différentes étapes de la prise en charge ^{(90) (91) (93)}

Informier son patient et réaliser avec lui un premier « diagnostic éducatif »⁽⁸²⁾

Le point de départ de toute modélisation de dispositifs éducatifs est constitué par le patient lui-même. C'est lui qui va bénéficier d'un parcours de soins au cours duquel il pourra participer à des activités d'éducation thérapeutique dans le but d'améliorer, sa qualité de vie en le rendant le plus autonome possible.

Lorsqu'émerge une pathologie chronique, un lien particulier voire privilégié va se nouer avec un médecin, que celui-ci soit médecin généraliste ou spécialiste en ville. Ce colloque singulier, entre le malade et son médecin, doit être le temps privilégié où pourra s'initier et se formaliser la démarche d'éducation thérapeutique du patient aux côtés de celle du diagnostic ou de la thérapeutique mise en place.

Cette étape repose sur une formation initiale des médecins qui intègre pleinement l'éducation thérapeutique comme partie des connaissances à acquérir dans le cadre du diagnostic et de la mise en œuvre d'une prise en charge adaptée au patient. Dans l'immédiat, la formation médicale continue apparaît comme un bon vecteur pour les médecins en charge de patients atteints de pathologies chroniques.

Orienter son patient vers les ressources locales

Une fois le diagnostic et le traitement médicamenteux établis, le médecin devra pouvoir orienter son patient vers les structures locales, ambulatoires ou hospitalières, une équipe de professionnels de santé formés à l'éducation thérapeutique du patient qui auront à mettre en œuvre le programme d'éducation thérapeutique et prendre en charge les différentes activités.

Assurer le suivi des effets de l'éducation thérapeutique du patient

Ce suivi constitue la troisième fonction du médecin traitant en matière d'éducation thérapeutique du patient. Elle est liée au parcours de soins et au suivi de l'évolution de la pathologie chronique.

Mais pour que ce suivi puisse être réalisé à l'occasion de la consultation de son patient, encore faut-il que le médecin puisse disposer des éléments du suivi du programme personnalisé mis en place : cela suppose un lien particulier entre l'équipe d'éducateurs et le médecin traitant. L'organisation de cet échange d'informations permettrait alors de réaliser ce maillage territorial souhaité par l'ensemble des acteurs.

1.3.2.3. Des programmes et des équipes habilités régionalement, mais répondant aux critères d'un cahier des charges national

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient devront répondre à un cahier des charges national établi sur des critères homogènes de labellisation pour tout le territoire et prenant en compte les pratiques hospitalières et ambulatoires. Ce cahier des charges devra être élaboré sous l'autorité de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) en partenariat avec la Haute Autorité en Santé (HAS), les sociétés savantes (pour les spécificités des pathologies) et les organismes d'assurance maladie obligatoire. Au minimum, quatre critères de qualité seront constitutifs de la base de ce cahier des charges national :

- la structure et le contenu du programme,
- les personnes éligibles,
- l'équipe pluridisciplinaire,
- l'évaluation du déroulement des programmes et des compétences acquises.

1.3.2.4. Une formation spécifique pour l'éducation thérapeutique du patient₍₈₅₎

La formation des professionnels de santé en éducation thérapeutique a pour objectif général l'acquisition d'un savoir faire afin d'aider les patients dans la « gestion » de leur maladie et leurs thérapies.

La Haute Autorité en Santé (HAS) a défini la liste des compétences nécessaires à la mise en œuvre des activités éducatives au sein d'un programme : compétences relationnelles, pédagogiques et d'animation, méthodologiques et organisationnelles, biomédicales et de soins. L'acquisition de ce panel de compétences sur lesquelles les principaux acteurs s'accordent, nécessite une formation spécifique, adaptée et reconnue. (94) (95) (96)

1.3.2.5. Des structures adaptées en ambulatoire

Les hôpitaux locaux pourraient servir de base à la structuration d'équipes pluridisciplinaires spécialisées en éducation thérapeutique pour la population concernée. Le code de la santé publique donne une définition des missions de l'hôpital local, qui a pour objet de dispenser «1° avec ou sans hébergement : a) des soins de courte durée en médecine, b) des soins de suite ou de réadaptation ; 2° des soins de longue durée comportant un hébergement. Il participe notamment aux actions de santé publique, aux actions médico-sociales coordonnées, de médecine préventive et d'éducation pour la santé, et de maintien à domicile en liaison avec les professionnels de santé locaux». La prévention et l'éducation sanitaires sont des activités que l'hôpital local peut développer.

En raison de son caractère reconnu de fournisseur de soins de proximité, et son rôle local d'animateur local de santé, cette même circulaire précise : « Parce qu'il met en contact les intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux, l'hôpital local constitue un espace de coordination qui favorise son engagement et sa participation à une dynamique de réseaux. Il est d'ores et déjà un maillon important des réseaux de coordination gérontologique. » L'éducation thérapeutique des patients pourraient être une nouvelle mission de l'hôpital local.(97)

La création des maisons de santé a notamment pour objectif « d'optimiser l'organisation du travail des professionnels de santé pour libérer du temps médical. Cette organisation suppose le développement de collaborations entre professionnels, notamment en leur sein ». L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre, sous certaines conditions, d'ajouter une composante structurelle à l'activité des professionnels médicaux libéraux qui y exerceront. L'existence en leur sein d'une activité d'éducation intégrée aux soins des malades, organisée par des professionnels para médicaux en lien avec les médecins traitants, est de nature à favoriser « ces collaborations entre professionnels » au service de *l'éducation thérapeutique du patient*.

1.3.2.6. *Un financement adapté aux besoins*₍₁₀₀₎

L'éducation thérapeutique permet une amélioration de la qualité de la vie, une diminution des incidents ou accidents et une moindre aggravation des pathologies. Elle est partie intégrante du processus de soins.

Or, le profil de la morbi-mortalité se modifie en France du fait principalement d'une chronicisation de certaines pathologies d'origine infectieuses et par un vieillissement de la population, touchée par des affections chroniques nécessitant une prise en charge sur une longue durée par les professionnels de la santé. La responsabilité du patient devient, alors, un élément clé par la connaissance de sa pathologie et sa participation active dans le processus de soins.

Les sources de financement au niveau national

De nombreuses sources de financement sont possibles :

- Les expérimentations des prestations d'éducation thérapeutique par l'assurance maladie obligatoire, tels la MSA, le RSI, la CNAMTS, la Caisse des Mines proviennent des fonds nationaux de prévention. (FNPEIS déclinés selon les régimes) ;
- La participation des organismes d'assurance maladie complémentaire, de façon volontaire et générale, favoriserait également la responsabilisation du patient dans la prise en charge de sa maladie. L'engagement de l'assurance maladie complémentaire, sur ce thème, serait un acte fort, au delà de ce qui existe déjà notamment en éducation de la santé ;
- L'Etat pourrait décider également la prise en charge éducationnelle d'une pathologie ou d'un risque sanitaire inhabituel, devant une menace grave et imminente. De même façon, il peut abonder au financement de ses propres priorités. Au delà, de façon générale, les membres de la mission proposent que, si une taxe nutritionnelle venait à être créée, une partie de son produit soit affectée à l'ETP en raison du lien avec certaines maladies chroniques ;

- L'industrie pharmaceutique et des autres biens médicaux pourraient contribuer à abonder le fonds national destiné à l'éducation thérapeutique. Cet « investissement » présente l'avantage de contribuer à l'adhésion du patient au projet de soins, en lui apprenant le mécanisme de certains soins complexes et en favorisant tout ce qui peut contribuer à une meilleure observance. Par ailleurs les membres de la mission suggèrent de diminuer le financement de la visite médicale au profit d'une contribution au fonds national destiné à l'éducation thérapeutique ;
- D'autres sources existent : les collectivités locales ou régionales ainsi que d'autres donateurs peuvent abonder le financement national mais il est probable que la volonté du donateur serait de se diriger vers une activité spécifique, thématique nationale ou régionale : le versement ne pourrait se faire qu'avec la reconnaissance et l'accord de l'ARS.

L'agence régionale de santé (A.R.S.)

L'Agence Régionale de la Santé présente dans ses missions l'ensemble de la prévention et de l'organisation des soins.

L'A.R.S. recevrait du fonds national, un financement variable calculé à partir de certains indicateurs comme, par exemple, les populations concernées c'est-à-dire le nombre d'habitants, le nombre d'affections de longue durée, le nombre de certains soins lourds nécessitant une éducation thérapeutique. D'autres indicateurs comme par exemple les capacités de proposer des prestations de qualité au niveau régional, peuvent être pertinents. L'ensemble des financements de l'ETP serait mis à disposition des ARS.

L'ARS pourra agréer des établissements privée ou publique qui ont choisi de faire de l'ETP selon les principes qui régiront les activités éducatives.

Les financements devront :

- être maîtrisés à la fois en fonction des besoins et de la qualité des prestations ;
- être homogènes sur le plan national et être allouables à toutes les structures privées, publiques ou associatives ;
- être transparents .

1.3.3. Finalité (101) (102) (103)

1.3.3.1. Adhésion au projet thérapeutique

Le but est de rendre au traitement une perspective évolutive, répondant à un besoin permanent de réévaluation, garantir au patient une démarche progressive dans l'apprentissage des gestes et des nouvelles habitudes...

Dans ce sens, le pharmacien joue un rôle clé, au côté du médecin, pour donner progressivement à la prescription médicale une allure de « *projet* ». Cette notion de projet thérapeutique est centrale dans la construction d'une adhésion du malade à son traitement, dans le dessein qu'il devienne acteur lui-même au quotidien, bien sûr épaulé par le réseau médical, pharmaceutique et soignant qu'il est nécessaire de bâtir autour de lui, s'il est inexistant ou insuffisant.

Respectant l'idée d'un projet thérapeutique, le pharmacien, dispensateur de médicaments, doit alors clairement se présenter comme un partenaire compétent et compréhensif de la personne au seuil de cette nouvelle vie : il s'agit de permettre l'évocation des craintes, des doutes, des représentations, même les plus irrationnelles, d'offrir un soutien confiant, de souligner la progression des étapes.

Le diagnostic et les traitements doivent être abordés de nouveau par le pharmacien, dans la perspective d'un ajout ou de la répétition d'informations scientifiques et médicales, mais aussi pour offrir une écoute compréhensive, pour entendre les mots et les termes utilisés par le patient, ainsi que son ressenti immédiat. A ce stade, le pharmacien doit pouvoir estimer rapidement les enjeux spécifiques de l'adhésion du patient au projet thérapeutique.

1.3.3.2. Évaluation du niveau d'adhésion du patient

En recourant à de simples questions, issues d'un modèle compréhensif des comportements de santé (*Health Beliefs Model*), le pharmacien peut explorer quatre niveaux majeurs d'adhésion:

- l'intégration psychique : le patient se perçoit-il réellement malade ?
- l'anticipation des conséquences morbides et bénéfiques de la maladie et d'une prise en charge : comment perçoit-il les risques de cette maladie ?
- la compréhension des enjeux et des décisions thérapeutiques : comment perçoit-il l'intérêt du traitement proposé ?

- la volonté de participation et d'autonomie : comment perçoit-il les inconvénients et les bénéfiques du traitement proposé ?

Cette première étape de communication pourra avoir, par la suite, des conséquences importantes sur le processus d'acceptation de la maladie et du traitement.

En effet, en tant que professionnel de santé, favoriser le rapprochement, par le patient lui-même, d'une maladie et de son traitement évite généralement de le voir entretenir inconsciemment un déni de la maladie.

Les soignants ne doivent pas oublier que refuser un traitement (ou le négliger) revient à jouer d'un certain pouvoir sur la maladie et donc à nier ses conséquences.

Dans ce sens, le pharmacien, se plaçant du côté du traitement (le médecin étant du côté de la maladie), peut apporter un éclairage différent et particulièrement dynamisant. Qui mieux que lui peut offrir une oreille attentive aux besoins, aux questions et aux doutes du patient désireux de négocier tout ou partie de son traitement ?

Qui mieux que lui peut tenter d'adapter la forme du traitement ou de valider une requête pour qu'elle aboutisse au médecin, par la bouche même du patient ?

Qui mieux que lui peut comprendre les difficultés liées à l'environnement et à l'intégration de nouvelles habitudes de vie ? Pour toutes ces raisons, le pharmacien est vraisemblablement un interlocuteur privilégié de la personne affectée d'une maladie chronique, pour autant qu'il ne se substitue pas au médecin ; il devient un « *médiateur* », aidant le patient à reformuler ses impressions pour analyser systématiquement son expérience thérapeutique et l'aider à transmettre son vécu au médecin, notamment en cas de difficultés majeures ou ponctuelles.

1.3.3.3. *La capacité de gérer son traitement au quotidien : un apprentissage*

A l'instar du prescripteur qui choisit et propose le traitement, le patient doit être lui-même confronté à la réflexion et à l'analyse des possibilités afin d'accepter en connaissance de cause les bénéfiques, les risques et les contraintes pouvant altérer éventuellement sa qualité de vie.

Les acteurs de santé, médecins, pharmaciens, soignants, doivent donc, dans une perspective d'éducation, accepter de partager les choix, de laisser progressivement des parts d'autonomie, de déléguer le patient, voire des proches, dans la gestion des médicaments, conformément à leur bon usage.

Ainsi, il ne suffit plus seulement de donner des conseils médicaux et pharmaceutiques, de relire scrupuleusement une ordonnance et un mode d'emploi, mais bien d'analyser et d'organiser avec le patient un quotidien intégrant naturellement la prise de médicaments. Il s'agit d'aider le patient à développer de réelles compétences afin de lui permettre de vivre au quotidien, sachant qu'il devra en permanence s'adapter, changer et qu'une prescription ne peut en aucun cas tenir compte des aléas rencontrés.

Dès le premier jour de son traitement, le « *patient* » est réellement mis en position d'acteur. A partir d'une réalité « *expérimentale* » rapportée au pharmacien, ce dernier peut corriger certains processus cognitifs et des comportements, en impliquant pleinement la personne concernée. Cela est réalisable aussi bien *a posteriori* (à partir d'une situation rapportée) qu'*a priori* (sur une situation anticipée).

En conclusion, prendre en compte la personne dans sa globalité est le préalable indispensable pour entreprendre une éducation thérapeutique des patients en traitement de longue durée et impose de ce fait un renversement complet de la perspective d'une relation à un « *client* ». Il s'agit de considérer la personne malade comme quelqu'un de fragilisé par une affection durable, devant vivre avec un traitement contraignant et continu, mais devant rester libre et intégrée dans son environnement affectif, social et souvent professionnel. Ces multiples dimensions sont en général bien connues du pharmacien suite à sa situation de proximité dans le quartier, sa connaissance des différents réseaux et associations formels et informels. Il possède tout particulièrement une vision globale des personnes fréquentant la pharmacie.

2. Spécificités du pharmacien dans l'éducation du patient

Les actions éducatives propres au pharmacien ne peuvent s'élaborer que dans la conscience d'appartenir et de collaborer à un réseau pluridisciplinaire et synergique, centré sur le patient en traitement, et constitué de professionnels de santé et de personnes proches gravitant autour de lui. Toutefois, il est nécessaire d'identifier et de décrire précisément les dimensions du rôle que devra assumer, à l'avenir, le pharmacien, professionnel « *au carrefour* » de la chaîne de soins.

2.1. Pharmacien- patient

Une des premières étapes du circuit du patient dans sa démarche de prise en charge est la pharmacie d'officine, choisie ; il accomplit librement cette première action thérapeutique autonome, lourde de sens ; l'instauration d'une relation de soins et de confiance doit lui répondre à ce moment de fragilité.

Le pharmacien détient, contrôle et dispense les médicaments ; il incarne symboliquement le médicament, objet du mieux-être espéré et néanmoins objet dangereux ; il décrypte la prescription permettant la cohérence des propos médicaux et en déduit concrètement le plan thérapeutique, resté jusqu'alors virtuel.

Détenteur de connaissances sur le médicament, le pharmacien en connaît les indications, les effets secondaires et les modalités d'utilisation ; en exerçant concrètement ses compétences, il est reconnu comme un conseiller de référence pour l'usage des médicaments, établissant une passerelle entre des savoirs et leurs applications dans les gestes et les comportements au quotidien.

Tout à la fois premier référent de santé consulté et confident neutre et bienveillant, le pharmacien représente proximité, présence, permanence et disponibilité.

Cette disponibilité, bien que réelle, doit être néanmoins précisée auprès du patient, afin d'en définir « *contractuellement* » les limites (ni trop... ni trop peu !).

2.2. Implication du pharmacien dans l'éducation des patients

Dans le cadre de l'éducation du patient, les rôles du pharmacien sont multiples :

2.2.1. Informer, promouvoir la prévention et le dépistage

En termes de santé publique, le pharmacien se trouve de plus en plus en situation d'information, de rencontre, de prévention et de dépistage.

Participant aux campagnes ciblées de sensibilisation, d'information et de prévention (asthme, diabète...), il représente une interface entre les patients, les institutions sociales, les autres professionnels de santé. Il doit alors développer des compétences en termes de communication pour sensibiliser, accueillir, écouter, orienter, rassurer et encourager au dépistage...

2.2.2. Soutenir et accompagner les patients

Bien souvent, le pharmacien intervient après le diagnostic, ce qui le place dans une position d'accueil et de médiateur entre le passé (ce qui n'est plus) et l'avenir (ce qui est et sera pour un certain temps), entre le médecin et la mise en application des traitements. Le patient peut être sensible à un court entretien où il pourra reformuler sa compréhension des choses et poser toutes les questions importantes (« *est-ce un petit ou un gros diabète ?* », « *l'asthme est psychologique, pas besoin de médicaments !* », « *je ne veux pas de cortisone !* », « *et si je n'y arrive pas tout seul ?* »).

2.2.3. Expliquer et informer sur la pathologie et ses traitements

En termes d'information, d'explication et de clarification, le pharmacien se place comme un coordinateur des autres professionnels de soins gravitant autour du patient, afin de renforcer ou rectifier les données comprises à propos de la maladie, des traitements, de leur efficacité et de leurs effets secondaires. L'utilisation de différents outils et documents est intéressante pour objectiver le dialogue.

2.2.4. Promouvoir le bon usage du médicament

- *En termes d'organisation pratique* pour la prise effective des médicaments dans les circonstances habituelles quotidiennes, périodiques ou exceptionnelles, le pharmacien doit discuter et établir un plan thérapeutique extrêmement clair et détaillé (opérationnel) offrant au patient un document individualisé, différent de l'ordonnance.

Dans le respect des principes éducatifs, ni cette dernière, ni la notice, ni l'inscription sur les boîtes ne doivent être confondues avec ce feuillet personnalisé d'autogestion thérapeutique, daté et marqué au nom du pharmacien, signe de son engagement. Un questionnement minutieux et une connaissance du patient permettent de dresser un document utile et adapté ;

- *En termes d'aide à la performance et à l'autonomie* dans la manipulation des formes et dispositifs médicamenteux (patchs, stylos, injecteurs, sprays) ou des outils de surveillance (tensiomètres, lecteurs de glycémie), le pharmacien doit prévoir un temps essentiel pour un apprentissage et une familiarisation ; la découverte par le patient lui-même de ce nouvel objet est fondamentale. Bien qu'il soit plus rapide et facile de démontrer un geste, une technique, il est plus efficace de rechercher une réelle intégration de la compétence, donc de laisser le patient découvrir tranquillement le dispositif et le laisser agir, dans un premier temps, spontanément. Cette notion de découverte est trop souvent absente de la logique d'éducation des soignants.

De plus, il est rare mais néanmoins indispensable que les soignants réévaluent la manipulation des techniques alors que le patient gère son traitement depuis des années ;

- *En termes d'aide à l'adaptation*, à la maîtrise des prises de médicaments quelles que soient les circonstances, il s'agit pour le patient d'acquérir des capacités à réagir de manière adéquate à des situations particulières, par une prise de décisions. Le pharmacien pourra proposer des scénarios plausibles (« *il ne reste plus d'insuline...* », « *vous avez oublié votre bronchodilatateur...* », « *Vous avez pris 2 comprimés au lieu d'un seul...* », « *vous désirez arrêter le médicament...* », Etc.) et laisser le patient élaborer et formuler ses réactions en toute sécurité. Cette approche s'inscrit dans le cadre de l'enseignement par anticipation (simulation, analyse, raisonnement, préparation).

Le pharmacien, conscient des difficultés rencontrées par le patient, apportera une plus-value importante s'il accepte de prendre réellement en compte des « *incidents de parcours* » quasiment inévitables.

2.2.5. Intervenir dans la gestion des crises :

Finalement, en termes de soutien dans la gestion des crises (rechutes, effets secondaires, dépression ou lassitude, événement affectif ou incidents divers), le pharmacien joue un rôle crucial : il représente, avant le SAMU ou les Urgences, le premier recours aux soins.

L'accueil, les conseils d'urgence, l'orientation sont autant de sécurité offerte précocement et d'apprentissages qui pourront être repris par la suite.

Cette fonction de liaison est à rappeler et à entretenir aussi judicieusement que possible, dans le respect du patient et de ses proches.

3. Structures actuelles d'éducation des patients

Le concept d'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies de longue durée est en pleine évolution.

Sur le plan pédagogique, un énorme effort doit être fourni par l'ensemble des professionnels de santé afin d'utiliser au mieux les acquis des sciences de l'éducation.

Sur le plan institutionnel, l'accréditation par le ministère de la Santé des hôpitaux universitaires (CHU) et des centres hospitaliers (CH) tient compte d'items tels que l'existence d'un pôle d'expertise dans les maladies chroniques, l'existence d'une structure transversale d'éducation thérapeutique, l'existence d'un poste de coordination des activités éducatives, etc. De plus, l'arrivée de ce que l'on appelle d'ores et déjà « *le virage ambulatoire* » implique le développement de la médecine de suivi et, en premier lieu, de l'éducation thérapeutique des patients chroniques. Les pharmaciens ont, sans nul doute, un rôle prépondérant à jouer dans cette dynamique ambulatoire.

Parallèlement, depuis 1990, l'émergence de réseaux de soins coordonnés, multiprofessionnels et interdisciplinaires, soutenus par des associations de professionnels, des institutions ou des laboratoires pharmaceutiques, vise à ce que les différents acteurs de santé agissent en synergie autour du patient. Cela ne peut se réaliser qu'avec une forte motivation des professionnels.

Ainsi, l'éducation thérapeutique offre un objectif excellent de cohésion et de complémentarité.

En outre, la reconnaissance et le remboursement par les Pouvoirs publics de l'acte d'éducation sont en passe d'être reconnus. Cette étape va naturellement imposer de garantir les conditions de réalisation d'un acte de qualité, pour toutes les personnes impliquées dans l'éducation thérapeutique. Dans ce sens, certains pharmaciens ont déjà entrepris une mutation de leur pratique avec la modification de leur officine, prévoyant un espace d'accueil convivial et discret, destiné à recevoir des patients dans un cadre plus adapté à l'éducation. De même, selon les pathologies, des documents commencent à circuler, permettant au patient de s'autogérer en collaboration étroite avec son médecin et son pharmacien.

3.1. Intérêts et importance des réseaux de santé

3.1.1. Définition des réseaux de santé (loi 2002 sur les réseaux)

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologie ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. »

La notion de réseau est apparue avec les dispositifs fondateurs de la Sécurité Sociale en 1945 sous le nom de « réseau sanitaire spécialisés » dans le but de lutter contre les fléaux sociaux notamment l'alcoolisme et la toxicomanie.

La loi du 19 janvier 1983 va faire réapparaître cette notion de réseau avec l'encouragement de sa mise en place.

Quelques années plus tard, la Direction Général de la Santé encouragera le travail en réseau, par la publication de circulaires, dans les domaines :

- SIDA (1991)
- Les soins de proximité (1993)
- La toxicomanie (1994)
- L'hépatite C (1995)
- L'alcool (1996)

Le dernier plan gouvernemental 2008-2011, l'état a mit en place le Plan Addiction 2007-2011 avec la spécificité de la prise en charge, la coordination, la prévention et la recherche à travers six objectifs :

- Une meilleure prise en charge des addictions dans les établissements de santé,
- Une meilleure prise en charge des addictions dans les centres médico-sociaux,
- Une meilleure coordination des trois secteurs de suivi et d'accompagnement du patient : hospitalier, ambulatoire et médico-social,
- Le développement de la prévention
- Le renforcement de la formation des professionnels au repérage et à la prise en charge des addictions,
- Le renforcement et la coordination de la recherche en addictologie.

3.1.2. Intérêts pour le patient :

La notion de réseau correspond à une demande des patients d'une prise en charge globale.

L'évolution de la médecine a entrainé son éloignement des patients et de leurs entourages, au même moment ou les professionnels éprouvent des difficultés à partager les compétences.

L'approche pluridisciplinaire des réseaux décloisonne le système de santé et favorise l'accès aux soins et replace le patient au cœur du système ; un système restructuré horizontalement, permettant la coordination des interventions professionnelles des champs sanitaires et sociaux.

Dans un réseau, le patient circule suivant des procédures et des protocoles préétablis, c'est une organisation hiérarchique et non centralisée qui offre à l'utilisateur plusieurs portes d'entrée donnant accès aux différents points (objectifs) quel que soit le point de départ.

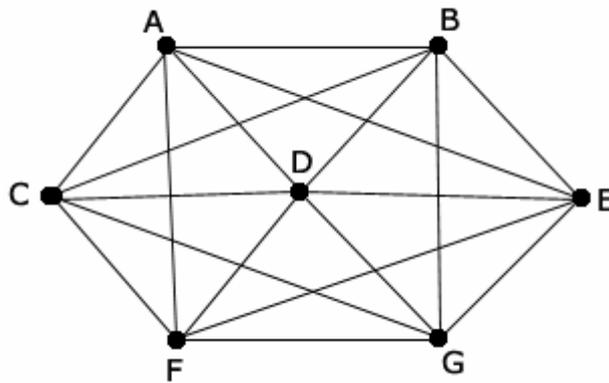


Figure : représentation schématique du réseau

Ainsi on résume les enjeux des réseaux addictions pour le patient :

- Repérer précocement les usagers à risque,
- Réduire le délai de recours aux soins,
- Faciliter le recours aux soins,
- Assurer le suivi,
- Prévenir les arrêts de traitements et/ou les rechutes,
- Assurer la continuité des soins entre les différents intervenants,
- Assurer un langage et une conduite collective communs en développant les formations et les échanges entre intervenants,
- Valoriser l'accompagnement et la prise en charge sociale,
- Assurer la prise en charge des comorbidités,
- Prendre en compte les consommations abusives de médicaments psychotropes,
- Prendre en compte la mauvaise utilisation des MSO,
- Prendre en compte l'évolution de la situation du patient (grossesse, amélioration, régression, stagnation...)

3.1.1. Intérêts pour le professionnel

L'engagement dans un réseau permet de rompre l'isolement pour le praticien. Il apporte un plus dans le cadre de sa pratique pluridisciplinaire qui lui permet d'appréhender les situations les plus complexes. Le professionnel peut bénéficier d'une relative sécurité dans la mesure où il sait quand et à qui passer le relai.

Le réseau permet de relier les secteurs social et médicosocial et d'assurer ainsi une prise en charge des patients en aval du système curatif. Dans sa définition même, le réseau de santé invite à prendre davantage en compte le dépistage de la population, ainsi que la réinsertion après le traitement.

La pratique de réseau permet :

- D'améliorer l'organisation des soins,
- De travailler sur place de chaque professionnel dans la prise en charge des patients,
- De créer un espace de confiance entre professionnel à partir des prises en charge communes des patients,
- De déplacer la question du plan organisationnel à celle des pratiques professionnelles.

Intérêts spécifiques aux réseaux en addictologie :

Les problèmes d'addiction engendrent des difficultés de prise en charge particulières :

- Problèmes psychologiques, somatiques et sociaux sont liés, complexes et souvent chronique
- Nomadisme médical et souvent fréquent

Ce qui fait de l'approche pluridisciplinaire et complémentaire les seules réponses aux problèmes posés.

Le réseau d'addictologie doit intégrer en plus :

- La notion de durée dans le suivi,
- L'importance de la continuité entre les différents acteurs de la prise en charge medico-psycho-sociale,
- La dimension psychopathologique du trouble addictif,
- Les difficultés liées à l'exclusion, à la précarité et la marginalisation.
- La prévention

Place de l'Éducation Thérapeutique pour les Patient dépendants aux opiacés en officine :

Outils de travail interdisciplinaire

**Partie 3 Structuration d'un programme d'éducation
thérapeutique du patient en officine dans le champ d'un
traitement de substitution aux opiacés**

1. L'addiction est une maladie chronique ⁽¹⁰⁶⁾

L'héroïne, ou diacétylmorphine, était considérée autour de 1900 comme une substance médicale miracle que les fabricants commercialisaient pour traiter un nombre incalculable de souffrances. Les domaines d'utilisation possibles étaient les maladies des voies respiratoires, les affections cardiaques, la dysphagie, l'analgésie, les affections psychiatriques et en particulier aussi le sevrage de la morphine. Longtemps, le potentiel de dépendance de l'héroïne avait été minimisé ou mal perçu par le corps médical. Ce n'est qu'à partir des années 1920 que l'on a compris que l'héroïne ne se prêtait pas au sevrage de la morphine.

La politique prohibitionniste, qui est encore d'actualité aujourd'hui, date de cette époque. Jusque dans les années 60, aucune tentative en direction des traitements de substitution n'avait abouti : toutes ont péri sous la critique «Les médecins distribuent des drogues» et «l'État finance la toxicomanie» étaient des slogans efficaces. Le début des années 60 a vu l'introduction du traitement de substitution par la méthadone et parallèlement celui du traitement des diabétiques par l'insuline.

Ce parallélisme était important pour la politique en matière de drogues car le traitement de substitution tout comme l'insulinothérapie induisait une correction des altérations métaboliques qui pouvait aider respectivement les toxicomanes et les diabétiques à retrouver une vie normale. Les deux affections, la dépendance à l'héroïne et le diabète, étaient considérées comme des problèmes chroniques.

Cette nouvelle interprétation de la dépendance aux opiacés s'est depuis établie en Europe et donc aussi en France.

L'addiction est fréquemment qualifiée simplement de mauvaise habitude et de vice, voire de preuve d'un hédonisme obstiné. L'acceptabilité de la toxicomanie comme événement de longue durée constitue le fondement d'une politique moderne en matière de drogues.

Aujourd'hui « La dépendance aux opiacés est une maladie chronique » et le TSO s'insère politique à «quatre piliers» :

- Prévention,
- Thérapie,
- Réduction des risques
- Répression.

Qui a fait ces preuves.

2. Proposer et réaliser une éducation thérapeutique aux patients dépendants aux opiaces ⁽¹⁰⁵⁾

2.1. Pourquoi leur proposer une éducation thérapeutique ? ^{(107) (108)}

Le traitement de substitution est un ensemble de processus de soins permanents qui doit être adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient et qui exige une prise en charge à long terme. L'efficacité de cette prise en charge conditionne le succès du traitement dont le but est d'éviter une rechute.

On va proposer une éducation thérapeutique pour compléter des traitements et des soins, pour soulager de certains symptômes, prévenir des complications et anticiper des situations qui peuvent être compromettantes au bon suivi du traitement.

Elle est multi professionnelle, multidisciplinaire et intersectorielle et elle inclut le travail en réseau.

Elle participe à l'amélioration de la santé du patient et à l'amélioration et de sa qualité de vie et à celle de ses proches.

Elle permet au patient :

- d'acquérir et de maintenir des compétences d'autosoins
- d'acquérir ou de mobiliser des compétences d'adaptation
- d'être un acteur dans sa propre prise en charge
- de favoriser son épanouissement psycho-social
- de restaurer son image

Tout programme d'éducation thérapeutique personnalisé doit prendre en compte ces dimensions dans l'acquisition ou la mobilisation des compétences et leur maintien par le patient.

2.2. La démarche d'ETP va se planifier en 4 étapes

Élaborer un diagnostic éducatif	Définir un programme personnalisé d'ETP avec priorités	Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective, ou en alternance	Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme
---------------------------------	--	---	---

2.2.1. Élaborer un diagnostic éducatif ⁽¹¹⁵⁾

Le diagnostic éducatif est indispensable à la connaissance du patient, à l'identification de ses besoins et de ses attentes et à la formulation avec lui des compétences à acquérir ou à mobiliser et à maintenir en tenant compte des priorités du patient. C'est l'occasion d'identifier la réceptivité du patient à la proposition d'une ETP.

Le diagnostic éducatif doit être actualisé régulièrement et systématiquement lors de la survenue de tout élément nouveau.

2.2.1.1. *Connaître le patient, identifier ses besoins, ses attentes, sa réceptivité*

Accéder, par un dialogue structuré, aux connaissances, aux représentations, aux logiques explicatives, au ressenti du patient :

- Identifier ce que le patient sait et croit sur sa manière de gérer sa maladie préciser soit même sa dépendance pour mieux en parler avec son médecin et/ ou son pharmacien (auto questionnaire à distribuer en officine);
- Evaluer les connaissances du patient sur la maladie, les explications de sa survenue : à quoi l'attribue-t-il ? Comment perçoit-il l'évolution de la maladie ? Son caractère de gravité ? La nécessité d'avoir un suivi pluridisciplinaire ? Connait-il le rôle et les limite de chacun ? ;
- Identifier les conditions de vie et de travail ;
- Evaluer les savoir-faire du patient : comment se soigne t-il ? Comment utilise-t-il les médicaments d'une manière générale ?

Quand dois-je commencer mon traitement ? Comment le prendre ? A quelle heure ?

- Les deux partenaires clés pour une relation à long terme :
Le médecin avec qui on a une relation de confiance à entretenir par la discussion et l'écoute à chaque rendez-vous,
Le pharmacien est le partenaire conseil au quotidien, qui peut être amené à délivrer le traitement quotidiennement dans le seul but d'optimiser l'observance du traitement. Il faut donc profiter de cette occasion, peut être délicate, pour instaurer un partenariat de confiance, respect et proximité en sachant répondre et être à l'écoute pour répondre aux interrogations du patient et pouvoir anticiper avec lui des situations de conflit souvent rencontrées en officine avec ces patients .
- Reconnaître la manière de réagir du patient à sa situation, les diverses étapes de l'évolution psychologique du patient : dans quel but il est sous traitement de substitution ? dans combien de temps estime-t-il s'en sortir ? sait-il que la réussite du traitement sera en grande partie sous sa responsabilité ? etc ;
- Identifier les réactions du patient qui peuvent s'exprimer à des niveaux différents selon les personnes :
 - Comportemental par la recherche d'informations, d'aide, etc. ;
 - Cognitif par l'évaluation de la situation ;
 - Émotionnel par l'expression de différents affects : peur, colère, agressivité, anxiété, etc. ;
- Identifier la perception et l'évaluation (par le patient) des facteurs de stress, des facteurs de vulnérabilité, de ses ressources sociales : soutien à l'intérieur d'un réseau social, isolement ou non, problèmes de type relationnel, etc. ;

Reconnaître le rôle des facteurs socio-environnementaux (catégorie sociale, âge, niveau et style de vie), caractéristiques socioculturelles, événements de vie stressants et intégration sociale :

- Identifier la perception (par le patient) de ses ressources (optimisme, sentiment de contrôle, auto-efficacité, etc.) ou de facteurs défavorables (anxiété, image de soi dévalorisée, dépression, etc.). ;
- Identifier ses besoins, ses attentes, ses croyances, ses peurs ;
- Déterminer avec le patient les facteurs limitants et facilitants l'acquisition et le maintien des compétences d'autosoins ;
- Identifier les situations de précarité ou de risque social.

Favoriser l'implication du patient, soutenir sa motivation et valoriser ses projets. Rechercher avec le patient les modalités de gestion personnelle de sa maladie les plus adaptées à sa situation :

- Tenir compte de ses demandes et de son ou ses projets ;
- Permettre au patient de s'approprier le programme d'ETP ;
- Hiérarchiser avec le patient ses priorités d'apprentissage, ses priorités de changements, en tenant compte du temps nécessaire pour le patient pour réaliser ces changements (planification progressive) ;
- Soutenir les pratiques d'auto-évaluation gratifiante pour le patient.

2.2.2. Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissage

À la fin de la séance d'élaboration du diagnostic éducatif, formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique. Négocier avec lui les compétences, afin de planifier un programme individuel. Les communiquer sans équivoque au patient et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du patient.

Les compétences d'auto-soins :

- quand commencer le traitement ?
- Comment le prendre son traitement ? à quelle heure ?
- Pourquoi dois-je me rendre fréquemment chez le médecin.
- Pourquoi mon ordonnance est si importante ?
- Associations médicamenteuses.
- Pratique dangereuses.
- Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.).
- Gérer des complications occasionnées par l'usage de la drogue.
- Prévenir des complications évitables.
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

Les compétences d'adaptation :

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi.
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress.
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique.
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.
- Prendre des décisions et résoudre un problème.
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix.
- S'observer, s'évaluer et se renforcer.

2.2.3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP collective ou individuelle ou en alternance

- Sélectionner les contenus à proposer lors de séances d'ETP, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage.
- Proposer, selon les possibilités locales (accessibilité géographique, disponibilité des professionnels de santé), les besoins et préférences du patient, une planification des séances d'ETP et en convenir avec le patient.
- Réaliser les séances.
- Une alternance de séances collectives et individuelles peut être :
 - Soit prévue d'emblée dans la planification individuelle du programme ;
 - Soit planifiée en cours de déroulement du programme en fonction des besoins du patient ou sur proposition du professionnel de santé ou de l'équipe.

Un programme structuré d'ETP : une aide pour les professionnels de santé

- C'est un cadre de référence pour la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique personnalisée.
- Construit par les sociétés savantes et organisations professionnelles médicales et paramédicales, des groupes de professionnels de santé en collaboration avec les patients et leurs représentants, le programme structuré d'ETP est spécifique d'une maladie chronique ou peut concerner des situations de polyopathologies.
- Il définit dans un contexte donné Qui fait Quoi, Pour Qui, Où, Quand, Comment et Pourquoi mettre en œuvre et évaluer une ETP ?

2.2.4. Réaliser une évaluation individuelle de l'ETP ⁽¹¹⁶⁾

Elle peut se faire tout moment du déroulement du programme si le professionnel de santé le juge nécessaire ou si le patient la sollicite, dans le but mettre en valeur les transformations intervenues chez le patient :

- Acquisition de compétences, vécu de la maladie au quotidien, autodétermination, capacité d'agir, etc. ;
- Actualiser le diagnostic éducatif ;
- Partager des informations et organiser une concertation avec les professionnels impliqués dans la prise en charge ;
- Proposer au patient une nouvelle offre d'éducation thérapeutique qui tient compte des données du suivi de la maladie chronique et de ses souhaits.

Donc pendant une évaluation il faudra :

- Permettre au patient d'exprimer son point de vue par rapport au processus éducatif et son organisation,
- S'assurer de la pertinence du diagnostic éducatif et de l'acquisition des compétences en fonction des priorités d'apprentissage
- Permettre au patient d'exprimer son vécu de la maladie chronique, sa manière de gérer au quotidien sa maladie :

2.3. Les critères de qualité pour un programme d'éducation thérapeutique

Un programme écrit, qui appréhende les 4 étapes classiques

- Le diagnostic éducatif, la définition d'objectifs personnalisés avec le patient,
- La mise en œuvre de la démarche éducative,
- L'évaluation des acquis du patient au terme de la session d'éducation,
- Le suivi éducatif.

Ce programme est élaboré sur la base d'éléments scientifiques publiés. Il est établi et dispensé par des professionnels de santé formés à l'éducation thérapeutique. Il fait l'objet d'une évaluation de processus au minimum et si possible d'une évaluation de résultats (satisfaction des patients, acquisition de compétences, autonomie, qualité de vie, état de santé...). Il est accessible par différentes formations à disposition des professionnels de santé.

3. Situations problématiques des patient dépendant aux opiacés

Nous allons envisager les situations les plus souvent rencontrées, posant problème dans la pratique courante.

3.1. Exemple d'un patient demandant un traitement de substitution en ville

3.1.1. Buprénorphine haut dosage

L'essentiel de la relation future entre le médecin généraliste et le patient toxicomane se joue lors des premières consultations. Souvent l'UD se présente à une consultation avec l'idée qu'il pourra obtenir un produit (dont la symbolique est peu différente de la drogue) auprès d'un prescripteur (peu différent de son dealer habituel...)

L'obtention d'un produit qui doit soulager l'emporte sur toutes les considérations du médecin :

- Diagnostic et évaluation de la toxicomanie
- Arrêt des opiacés
- Bilan de santé
- Suivi psychologique ...

Il faut donc avoir un programme de prise en charge sur plusieurs consultations, avec une répartition des objectifs dans un temps donné.

3.1.1.1. *Que faire ?*

- Lors de la première consultation même si elle est rapide, dans un contexte de manque avec des douleurs multiples et une agitation, il faut simplement répondre à quelques questions :

Sommes-nous devant un cas de manque ?

L'usage est-il un usage nocif ou une dépendance aux opiacés ?

Quels sont les demandes du patient ?

Comment la reconnaître ?

L'interrogatoire sera très précis sur les antécédents, l'histoire de sa toxicomanie, son histoire personnel, son statut social, la marginalisation, les incarcérations.

- S'il s'agit bien d'un héroïnomanie en manque, il faut éviter la prescription d'un traitement de substitution en urgence, proposer un traitement symptomatique de l'état de manque et prévoir un bilan biologique avant tout traitement, pour éliminer les contre-indications et effets secondaires, et évaluer les rapport bénéfices/ risques.
- Si un traitement de substitution est décidé et choisi :
Si le bilan est fait on proposera un médicament de substitution aux opiacés si le patient est toujours motivé.
- Prescrire une posologie suffisante et revoir la personne rapidement pour envisager la poursuite du traitement de substitution. Avec l'objectif d'arriver à une prise unique, en début de traitement, il peut être utile d'insister sur la prise sublinguale.
- A l'officine vérifier l'ouverture des droits à l'assurance maladie, orienter vers un travailleur social, ré-insister si nécessaire sur une prise unique et sublinguale et quotidienne à l'officine au début du traitement.

3.1.1.2. Ce qu'il faut éviter

Prescrire sur une longue période de la buprénorphine HD et une association à des benzodiazépines non justifiée.

3.1.1.3. Seconde consultation, que faire ? :

Il faut :

- Vérifier si la posologie est correctement adaptée : s'il y a surdosage, les effets secondaires décrits sont la fatigue et la somnolence.
S'il y a sous-dosage : l'état de manque ressenti par le patient lui-même se caractérise par un malaise, un mal-être, des douleurs diverses.
Il faut alors adapter la dose.
- Vérifier la prise sublinguale de la buprénorphine haut dosage
- Communiquer avec le pharmacien pour avoir son avis sur le traitement, le vécu du patient, l'observance. Le pharmacien apparaît comme le partenaire indispensable. Il est même plus proche du patient et de ses réalités quotidiennes. Il aura même déjà rencontré le patient, sa famille ou ses fréquentations. Il sera confident au quotidien, pour dépister un sous-dosage ou anxiété majeure qui aurait pu échapper au médecin (demande de Stéribox® ou prescription médicamenteuse).
- S'assurer du calendrier des démarches administratives et sociales.

- Commencer à établir un dossier médico-pharmaco-social pour mieux connaître le patient lors de cette deuxième consultation.
- Contacter les services sociaux pour les impliquer dans le contrat de prise en charge médico-psycho-sociale, peut se faire lors d'une première consultation si problème d'ouverture des droits sociaux.

3.1.1.4. Seconde consultation, ce qu'il faut éviter :

- Relâcher l'encadrement initial trop rapidement : prescription courtes, délivrances rapprochées par le pharmacien.
- Les poly-prescriptions d'autres psychotropes.
- Croire que si les premiers jours se passe bien c'est gagné dans la bataille contre l'héroïne ; il est démontré qu'il faut parfois plusieurs semaines pour obtenir un arrêt constant de la consommation d'héroïnes. Il faut rappeler que la rechute fait partie du suivi et qu'il faut en parler.

Le succès des traitements de substitution passe par un réel projet de vie le l'usager de drogues. Le MSO seul n'est pas suffisant.

Arrêter l'héroïne n'est qu'une étape, le fait qu'en France les médecins généralistes œuvrent seuls pour la prise en charge des UD ce qui reste problématique. Une alternative concrète à cet isolement est un réseau de santé ville-hôpital avec une prise en charge globale du patient : médical, sociale et psychologique, avec un réseau de proximité, ceci implique :

- Un pharmacien,
- Un travailleur social pour aider à sa réinsertion, l'accès aux droits sociaux (logement, sécu...),
- Un médecin,
- Un patient,
- D'autres partenaires.

Le nombre de consultation sera à évaluer entre les partenaires.

3.1.2. Méthadone

Comme pour la buprénorphine haut dosage, dans un premier temps et avant toute prescription il faut réaliser un examen médical complet comprenant une évaluation de l'état clinique du patient et son statut sérologique (VIH, VHB, VHC) et ces antécédents médicaux (antécédents psychiatrique, hospitalisation, grossesse avec ou sans produits, les pathologies associées, les facteurs de comorbidités,...)

Il faudra aussi se pencher sur les aspects sociodémographiques, notamment son statut familial, son hébergement, ses conditions de vie, son activité professionnelle, ses ressources, etc

Et enfin le questionner sur ces conduite addictives (nature de et des produits, mode de consommation,...)

Il s'y ajoute un bilan sanguin complet ainsi qu'un prélèvement urinaire.

Deuxième visite :

En règle générale, la primo-prescription n'aura lieu qu'au cours de cette deuxième consultation. La posologie est comprise entre 20 mg et 60 mg*, adapter en fonction de chaque patient, de son état clinique et des prises d'opiacés retrouvés dans les urines.

La durée de prescription est courte, avec une dispensation quotidienne au CSPA ou à l'officine.

Comme pour la BHD le suivi sera fonction du projet mis en place.

3.1.2.1. *Sortie du CSAPA :*

L'autorisation de mise sur le marché, pour le passage d'un centre spécialisé à un médecin de ville, s'effectue à trois conditions :

- La capacité du malade à gérer de façon autonome son traitement,
- Une posologie stabilisée,
- Une réelle abstinence de l'héroïne.

Ces trois conditions restent à l'appréciation du médecin et de l'équipe du centre spécialisé. Les pratiques à cet égard sont hétérogènes.

3.2. Le patient veut passer de méthadone à la buprénorphine haut dosage :

3.2.1. Que faire ?

La prise en charge des patients par la BHD permet une prescription et une délivrance exceptionnelle de 28 jours sur mention expresse « délivrance en une seule fois » du prescripteur ce qui peut être la motivation principale à un changement de traitement.

Comme pour tout changement de médicament, il faut être vigilant sur les effets de l'arrêt du médicament initial. Il faut prévenir le patient d'éventuel déséquilibre pendant les premiers jours.

3.2.2. Comment faire ?

On estime qu'il existe une certaine équivalence entre la posologie de la Méthadone et la posologie de la BHD (8mg BHD = 60mg de Méthadone). La seule règle à respecter est le délai minimum de 24 heures, 36 heures au mieux entre la dernière prise de Méthadone et la première de BHD. La BHD étant agoniste mais aussi antagoniste partiel par action sur les sites opioïdes, il est donc important d'attendre la libération de ses sites de la méthadone afin que la première prise de BHD ne déclenche pas un état de manque regrettable.

3.2.3. Ce qu'il faut éviter :

Entamer un relai sans préparation préalable avec l'équipe du CSAPA initiatrice du traitement de substitution.

3.3. Le Patient est porteur du virus de l'hépatite C, est consommateur d'alcool :

La plupart des toxicomanes injecteurs ont été contaminés par l'hépatite C dans le début des années 90. Ils ont dans leur grande majorité plus de dix ans de contamination et ont un risque élevé de développer une cirrhose sévère.

Peu de patients addict présentent actuellement une primo infection VIH.

3.3.1. Traitement de l'hépatite C et alcoolisme :

3.3.1.1. Les objectifs du traitement :

Le but du traitement de l'hépatite C chronique est d'arrêter la progression de la maladie afin d'éviter l'évolution vers la cirrhose ou l'aggravation de celle-ci.

Le traitement reconnu de l'hépatite C chronique est l'association interféron alfa-2b + ribavirine dont l'efficacité a été bien démontrée.

En cas d'efficacité optimale, cette association permet :

- D'interrompre la multiplication du virus dans le sang.
- De normaliser les transaminases (ALAT)
- Et de faire diminuer ou disparaître l'activité de la maladie dans le foie.

3.3.1.2. Précautions à prendre :

Contenue des risques de malformations encourues avec la ribavirine les patientes ou partenaires des patients doivent pratiquer un test de grossesse avant le début du traitement (le test doit être négatif).

Pour les femmes traitées :

- Un test de grossesse doit être réalisé tous les mois de traitement.
- Le partenaire doit utiliser une méthode de contraception efficace pendant le traitement et les 4 mois suivant.

Pour les hommes traités :

Le partenaire féminin doit utiliser une méthode de contraception efficace pendant le traitement et les 7 mois qui suivent son arrêt.

Et doit effectuer un test de grossesse tous les mois pendant le traitement.

3.3.2. Que faire ?

Le médecin aura des objectifs différents :

- Le préparer à son traitement,
- Commencer ou maintenir à tout prix un traitement de substitution qui le stabilise par rapport aux opiacés,
- Faire un suivi biologique régulier de son hépatite C et surveiller ses conduites addictives problématique, surtout le cannabis,

- Aborder la question de consommation de d'alcool.
- Aborder la question de l'environnement social et le mode de vie du patient.
- Evaluer les attentes du patient.

3.3.3. Comment faire dans le cas d'un problème d'alcool :

Si le patient vient consulter son médecin c'est pour son traitement de substitution pas pour son alcoolisme.

Si le médecin devra penser à interroger le patient :

- A quel moment a-t-il commencé à utiliser l'alcool ?
- Que dit son bilan psychiatrique : présente-il des antécédents de dépression, d'angoisse, de trouble du sommeil ou une comorbidité psychiatrique ?
- A-t-il déjà été suivi en psychiatrie ?
- Dans quel milieu évolue-t-il ? famille stable, amis toxicomane...
- A-t-il une activité professionnelle ? si non pourquoi ?
- Comment occupe-t-il ses journées ?

Le médecin pourra alors mobiliser son entourage pour rendre plus favorable l'arrêt de l'alcool, une orientation vers un Centre de Cure Ambulatoire en alcoologie (CCAA) pour envisager le traitement de la VHC.

3.4. Le patient veut arrêter son traitement de substitution :

Certains patients arrêteront leur traitement un jour. D'autre peut-être pas. Dans certaines études menées en France, on voit que la posologie d'un tiers des patients sous traitement de substitution est en cours de diminution, ce qui pourrait confirmer la tendance à vouloir l'arrêt de leur traitement.

Même si l'arrêt du traitement n'est pas l'ultime objectif et qu'il faut favoriser l'insertion et la qualité de vie pour certains patients, l'amélioration de leur qualité de vie passe pour certains par l'arrêt de tous traitement et le renoncement à toute idée de dépendance. Cependant, l'arrêt d'un traitement de substitution ne peut s'envisager qu'après une période suffisante de stabilité favorisée par les prises en charge conjointes (médicale, psychologique et sociale, mais de façon très lentement dégressive. Un sevrage un trop rapide pourrait entraîner une rechute.

3.4.1. Que faire ?

L'arrêt du traitement est présent dès le début de la relation médecin/malade. L'utilisateur de drogue sous traitement de substitution a souvent une idée négative des médicaments de substitution aux opiacés.

Autant que professionnel de santé on se doit d'accompagner le patient dans sa démarche, il faut résister à sa demande de sevrage rapide s'il n'est pas encore stabilisé, ou l'encourager si on estime que sa demande est justifiée.

Il n'existe pas actuellement de grille d'évaluation validée ; cependant on peut dire que l'arrêt d'un traitement est envisageable à la suite d'une évolution significative de la dépendance aux opiacés, de son autonomie économique et sociale ainsi que son autonomie affective. On estime que cela arrive au bout de quelques années de traitement.

3.4.2. Comment faire ?

Les pratiques actuelles de réduction du traitement peuvent être :

- Méthadone : il faut réduire par palier de 5 mg/mois, afin de favoriser une remise en route des circuits endomorphiniques propre au patient.
Dans les dernier mois même si les doses peuvent être quasiment homéopathiques,, elles garde le lien soignant-patient.
- Buprénorphine haut dosage : la présentation 0,4 mg permet un sevrage progressif. Un programme de décroissance sera établi au rythme du patient. Un palier pourra être une période de 15 jours et le sevrage sur plusieurs mois.

Il faut être vigilant que le patient ne soit pas dans une période favorisant un stress ou angoisse (déménagement, entretien, procès, rupture, ...) un suivi régulier et rapprocher pendant la période de sevrage sera nécessaire pour éviter une possible rechute .Il ne faut pas hésiter à revenir en arrière en remontant la posologie si cela s'avère être nécessaire.

Il faut aussi faire attention aux compensations par l'alcool ou envie d'héroïne (craving).

3.5. TSO et grossesse ⁽¹¹⁷⁾

La grossesse chez une femme héroïnomanne est considérée comme une grossesse à risque, du fait de :

- La consommation de produits toxiques (héroïne, alcool, tabac, stimulant...),
- La précarité des conditions de vie et du faible suivi prénatal (2), qui lorsque celui-ci existe, est souvent irrégulier et insuffisant, avec une sensible amélioration ces dernières années.

3.5.1. Quelques Constatations

- L'aménorrhée ou des cycles irréguliers sont fréquents sous opiacés du à l'altération de l'axe hypothalamo-hypophysaire ⁽¹¹⁸⁾ souvent l'utilisateur pense avoir une stérilité, ce qui peut les conduire à arrêter toute contraception.
- La fréquence accrue des maladies sexuellement transmissibles avec leur retentissement possible sur la fertilité et une diminution de la libido sous opiacés induisent également une mauvaise observance en matière de contraception ⁽¹¹⁹⁾.
- Les états de fatigue du premier trimestre sont facilement confondus avec des signes de manque.
- La possibilité de choisir de mettre un terme à une grossesse tardivement diagnostiquée (IVG) est parfois impossible car le délai légal est dépassé (en France : 12 semaines). Cependant, si les conditions de suivi de la grossesse et de la maternité semblent préjudiciables pour la mère et l'enfant, l'IVG peut être justifiée y compris en dehors des délais légaux.

3.5.2. Les risques de la grossesse des femmes héroïnomanes

3.5.2.1. *Conséquences pour la mère*

Les avortements spontanés et les accouchements prématurés peuvent être fréquents chez les femmes héroïnomanes, notamment non correctement prises en charge.

Une fréquence plus élevée de présentation par le siège (liée à la prématurité)

Une consultation d'anesthésie doit être prévue dès que possible au cours de la grossesse. L'objectif est de rassurer et d'informer la patiente sur le fait qu'elle pourra bénéficier d'une prescription de morphinique pendant la période de l'accouchement et du post-partum, ainsi qu'une analgésie obstétricale.

Cette consultation permet également à l'anesthésiste de prendre en compte les spécificités de la toxicomanie (complications potentielles, interaction avec les agents anesthésiques...) et celles d'une prise en charge de la douleur pré, per et postopératoire.

Une consultation de suivi avec une équipe pluridisciplinaire (anesthésiste, sage femme, gynécologue, IDE, ...)

Les complications du post-partum ne sont pas plus fréquentes chez les héroïnomanes que dans la population générale.

3.5.2.2. Conséquences pour l'enfant (130)

Tous les opiacés traversent le placenta et, après une prise d'opiacés par la mère, les taux sanguins s'élèvent très rapidement chez le fœtus et ils diminuent beaucoup moins vite que chez la mère.

Les situations de manque favorisent les contractions utérines. L'alternance de phases d'intoxication et de sevrage est ressentie par le fœtus comme un stress, dans un environnement utérin peu favorable. Ainsi, l'hyper-contraction utérine entraîne une insuffisance placentaire et par conséquent une souffrance fœtale.

Un liquide amniotique plus fréquemment teinté (souffrance fœtale par alternance surdoses-manques chez le fœtus),

- ✓ Le syndrome de sevrage du nouveau-né : (133) (138)

Le syndrome de sevrage est l'ensemble des manifestations cliniques que risque de présenter le nouveau-né du fait de l'arrêt brutal des opiacés (le « manque » désignant les sensations ainsi engendrées). Il associe principalement des signes neurologiques, digestifs et respiratoires, les symptômes pouvant persister quelques jours à quelques mois. Ce syndrome apparaît dans des délais et à des degrés variables, de quelques heures à quelques jours après la naissance.

Les signes du syndrome de sevrage chez le nouveau-né sont classés en quatre catégories selon le système atteint : le système nerveux central (SNC), le tractus gastro-intestinal, le système respiratoire et le système nerveux autonome (SNA).

- Irritabilité neurologique, avec souvent des tremblements, de l'hypertonie. Il constatait une immaturité motrice et ces enfants semblaient répondre plus difficilement aux stimuli visuels qu'aux stimuli auditifs.
- Troubles du sommeil, trémulations, convulsions.
- On observe chez ces enfants des signes digestifs notamment des troubles alimentaires et un réflexe de succion anormal des douleurs abdominales, un gain de poids faible.

Les troubles respiratoires sont représentés par une tachypnée ou polypnée (respiration trop rapide, > 60/min), une hyperpnée (respiration d'amplitude exagérée) pouvant amener une alcalose respiratoire. Les désordres cardiaques se traduisent par des accès de tachycardie. Le risque moyen de malformation est identique à celui de la population générale, c'est-à-dire de 2 à 3%. En effet, l'héroïne, comme tous les opiacés, n'est pas tératogène et n'entraîne pas de malformations, contrairement à l'alcool par exemple.

Le retard de croissance intra-utérin touche 30% des nouveau-nés, mais il est autant lié à la malnutrition, au mode de vie, au tabagisme, qu'à la consommation d'héroïne.

On propose par exemple de les inclure dans la recherche d'une symptomatologie de manque avec l'aide de l'échelle de Finnegan, afin de limiter leur sentiment d'impuissance face à cette situation de sevrage chez leur enfant.

La relation entre la sévérité du sevrage néonatal et la posologie de méthadone n'a jamais été confirmée

3.5.3. Allaitement et méthadone (143) (144)

Il semble intéressant d'encourager cette pratique pour le lien mère-enfant, surtout s'il s'agit d'une demande formulée par la patiente. Il n'existe pas de contre indication en dehors d'une séropositivité pour le HIV et une prise concomitante de toxiques. L'hépatite C, très fréquente dans cette population, n'est donc pas un frein à l'allaitement.

Le passage dans le lait maternel est très faible, notamment lorsque la méthadonémie se situe dans les fourchettes thérapeutiques habituelles (145). Le taux de méthadone reste très faible et assez constant sur 24 heures pour permettre l'allaitement à tout moment.

Les prescriptions sont limitées à 20 à 30 mg /jour pour les femmes qui désirent allaiter, mais il faut négliger l'importance de maintenir des posologies adaptées, quelles qu'en soit le niveau, en cours de grossesse pour éviter tout sous-dosage en MSO pouvant induire une consommation de substances toxique, pouvant entraîner une aggravation globale du SAN en cas de polyintoxication, surtout en cas de prise simultanée de benzodiazépines.

3.5.4. Avantage d'un traitement de substitution au cours d'une grossesse (146)

Une prise en charge pluridisciplinaire permettant un suivi plus régulier sera dans tous les cas bénéfique avec une réduction des risques gynéco-obstétricaux et une préparation à assumer le rôle de mère.

La Méthadone® Subutex® sont les traitements actuel ayant actuellement l'AMM chez la femme enceinte quand il existe une pharmacodépendance majeure aux opiacés.

Les avantages :

- Protection du fœtus contre les effets délétères des épisodes répétés de sevrage,
- Prévention des risques de transmissions virales (VIH, VHB, VHC,...),
- Amélioration du suivi médical de la grossesse,
- Prévention de la prématurité et du retard de croissance intra-utérin,
- Prévention des rechutes de consommation d'héroïne et d'autres produits d'addiction.

En revanche, le Syndrome d'Abstinence Néonatal (SAN) est un peu plus sévère et prolongé après un traitement de maintenance à la méthadone qu'après héroïne.

En pratique :

Pour certaine femme, l'arrivée d'un enfant peut constituer un événement important et déclenchant d'un désir d'arrêter un mode de vie de « galère ».mais une fois que l'enfant est là, il peut devenir difficile pour la mère d'assumer en même temps son enfant et l'arrêt de l'usage de drogue.

3.5.5. Que faire :

La prise en charge médicale est la première des priorités afin de pouvoir assurer le suivi médical. Une femme enceinte, héroïnomane, doit obtenir en urgence un MSO si elle souhaite garder son bébé pour éviter le syndrome de sevrage du nouveau né.

3 cas de figure, peuvent se présenter : la jeune femme

- Souhaite garder son enfant.
- Ne le souhaite pas.
- Ne sait pas.

3.5.6. Comment faire :

3.5.6.1. La jeune femme souhaite garder son enfant

Il faudra alors s'occuper des démarches suivantes :

- Mise en place d'un traitement de substitution, préférer la méthadone à la buprénorphine haut dosage,
- Mise en place d'un suivi personnalisé (accompagnement),
- La mise en place d'un suivi de la grossesse comme pour toute grossesse,
- Vérifier la santé et la prise en charge des conduites addictives,
- Le suivi social et notamment celui des ressources :

API (allocation parent isolé) + ASF (allocation de soutien familial) + APJE (allocation pour jeune enfant), selon qu'elle souhaite ou non élever seule son enfant.

Le travailleur social s'attachera, avec le médecin généraliste ou le gynécologue, à organiser un travail en réseau pluridisciplinaire de proximité pour accompagner la jeune femme dans son projet de vie.

La grossesse, la santé et la dépendance :

Il est important d'évaluer la quantité et la nature des drogues consommées et de conseiller un traitement de substitution. La patiente devra être informée des risques pour l'enfant.

Le sevrage est contre-indiqué.

Le suivi sera rapproché comme pour toute grossesse à risque. Deux risques sont induits par la prise de méthadone : la prématurité et celui de souffrance fœtale lié aux éventuels états de manque de la mère. Il faut l'expliquer dès le début à la patiente pour qu'elle soit partenaire et consciente de l'importance de la qualité de son suivi ainsi que la continuité de son traitement.

Face à une consommation d'opiacés, si la femme l'accepte, lui proposer l'entrée dans un traitement de substitution dans le cadre d'un suivi pluridisciplinaire.

3.5.6.2. *Ne souhaite pas le garder :*

L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) peut être proposé à la patiente si elle s'estime en situation de détresse du fait de sa grossesse. Seul l'avis de la patiente est pris en compte.

Toutes les démarches doivent être effectuées dans des délais très courts : 7 jours au moins entre la première visite et sa décision définitive et avant la fin de la 12^{ème} semaine de grossesse ou 14^{ème} d'aménorrhée.

Les démarches :

- Le médecin fournira une attestation de consultation, procède à l'examen, confirme la grossesse et estime l'âge de celle-ci,
- Une consultation dans un centre d'aide et de conseil,
- Confirmer la demande par écrit,
- Prendre rendez vous pour l'IVG.

3.5.6.3. *Ne sait pas :*

Il faut énumérer à la patiente les possibilités qui s'offrent à elle, ainsi que toutes les aides et l'encadrement dont elle peut bénéficier pour mener à terme et aux meilleures conditions sa grossesse, et l'accompagnement après l'accouchement.

Il faudra bien lui expliquer l'importance d'un traitement de substitution ces risques et ces avantages.

3.5.7. La naissance :

Dès la naissance, le suivi médical et l'enfant comportera l'aide au sevrage nécessaire. La jeune femme doit être rassurée sur ce point.

3.6. Patiente se sentant prête à travailler :

La reprise d'un travail dans le parcours d'insertion est toujours un moment important, un pas vers une autonomie économique et l'abandon du sentiment d' « assisté ».

Le processus d'insertion par l'emploi peut être plus au moins long selon les qualifications de la personne, des stages ou formations sont souvent conseillés dans l'objectif de la reprise définitive de la vie active.

Trouver un emploi dépend de la façon de se présenter : état dentaire, capacité de communiquer, apparence, etc. Après avoir trouvé un emploi, il faudra s'y maintenir et donc s'adapter à des nouvelles conditions de vie, à un rythme nouveau.

3.6.1. Que faire ?

Après l'évaluation de ces capacités physique et psychique face à cette décision, il faudra diriger le patient vers un travailleur social pour faire le point sur :

- Inscription comme demandeur d'emploi
- Logement
- Expérience professionnelles, formation, savoir-faire
- Contact avec un travailleur social,
- Vie affective, vie familiale.

3.6.2. Comment faire ?

Le patient devra être soutenu par l'ensemble des intervenants dans sa démarche, ayant tous connaissance de son suivi de son amélioration ou non. Ils doivent tenir la même démarche encourageante ou prudente si l'échec de l'insertion professionnelle semble évident soit à cause de son état ou changement précoce dans le processus de soin.

Sur le plan médical il faut être vigilant, le patient souhaite souvent à ce moment de diminuer son traitement, ce n'est pas la meilleure période. En effet, l'entretien d'embauche, la visite médicale ainsi que les premiers mois de travail génère souvent beaucoup de stress chez un patient encore très vulnérables.

Il n'est pas rare que certains patients augmentent spontanément la posologie de leur traitement de substitution, afin de surmonter leurs angoisses. L'effet anxiolytique est alors recherché, d'autres ont recours à d'autres substances (alcool, etc). Aussi est-il important d'aborder et accompagner la gestion du stress que représente la reprise d'une activité professionnelle.

Sur le plan social une assistance sociale du réseau pourra l'orienter vers les structures adéquates, un conseiller pole emploi, une structure pour un bilan de compétences, une association intermédiaire ou une entreprise d'insertion, un réseau des associations spécialisées dans la recherche d'emploi (pour les publics très en difficulté).

La liste des structures sur le département peut être obtenue auprès de la DDTEFP (direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle).

3.7. TSO et voyage ⁽⁶⁸⁾

3.7.1. Déplacements sur le territoire français

Il est recommandé d'anticiper un déplacement professionnel ou privé supérieure à 7 jours, afin d'organiser au mieux un relai de la dispensation dans un autre centre spécialisé ou une autre pharmacie. Le médecin devra donc demander un accord de relais avec le centre le plus proche du lieu de séjour ou un accord de dispensation sans crainte de chevauchement ou mésusage, dans une pharmacie choisie par le patient.

3.7.2. Séjour à l'étranger

Les dispositions relatives à la circulation des traitements de substitution sont répertoriées selon trois niveaux de permissivité :

- Le premier niveau concerne les pays de la Communauté européenne (CE) liés par les accords de Schengen (Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, etc.)

(Liste : www.eurovisa.infoschengencountries.htm)

- Le second niveau, les pays non-européens qui prescrivent eux-mêmes des traitements de substitution.
- Le dernier niveau concerne les pays extérieurs à Schengen dans lesquels la substitution est illégale et qui, par voie de conséquence, considèrent son importation comme une forme de trafic de drogues.

3.7.3. Pays de la CE signataires des accords de Schengen

La convention signée en 1990 de l'accord de Schengen, prévoit en son article 75, les règles de transport personnel de médicaments stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans l'espace Schengen composé de 24 états : Allemagne , Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Islande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Suède, Suède, Suisse, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, Slovénie, Slovaquie et la République Tchèque.

En théorie

Il faut anticiper le départ au minimum trois semaines avant le départ, le patient doit se munir d'une « autorisation de transport de stupéfiants ou substances psychotropes dans le cadre d'un traitement médical », afin de justifier de la nature licite des médicaments.

Cette autorisation est délivrée sur demande du patient, au vu de l'original de la prescription médicale, par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales DDASS du département (depuis 2010 ARS) où le médecin prescripteur est enregistré.

Cette autorisation est valable 30 jours et les quantités ne doivent pas être supérieures à la durée maximale de la prescription.

En pratique

Si séjour supérieur à 30 jours vous pouvez également, après accord préalable entre votre centre et un centre du pays d'accueil, procéder à la mise en place d'un relais thérapeutique (formulaire E111 à se procurer à la DDASS dont dépend votre domicile), par exemple si votre voyage excède la durée globale de votre prescription.

3.7.4. En dehors de l'espace Schengen :

En dehors de l'espace Schengen, chaque pays applique ses propres dispositions.

Si la durée du séjour est inférieure ou égale a la durée maximale de prescription (14 jours pour la méthadone, 28 pour la buprénorphine haut dosage) la prescription médicale reste le seul document requis.

Si la durée du séjour est supérieure à la durée maximale de prescription, le patient doit être muni de l'original de la prescription médicale et d'une attestation de transport délivré par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé sur demande du patient, les demande doivent parvenir à l'AFSSAPS 10 jours avant la date prévue de départ, la demande comporte l'indication du pays de destination, la durée de séjour, la quantité et le dosage du médicament transporté, la prescription médicale ainsi qu'un certificat médical par lequel le médecin ne s'oppose pas au déplacement du patient sous traitement.

Lors d'un déplacement de très longue durée prévoir une prolongation du traitement, si besoin, dans le pays d'accueil.

Pour la Méthadone sous la forme gélule, la demande d'attestation de transport devra comporter en plus des documents précédemment cités :

- Un certificat du médecin précisant :
 - ✓ La forme gélule a été indiquée en relais à la forme sirop
 - ✓ Le patient a été traité par la forme sirop pendant au moins 1 an
 - ✓ Le patient est stabilisé sous méthadone gélule
 - ✓ Un protocole de soins a été mis en place entre le patient, le médecin traitant, et le médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie.

- Dans le cas d'un renouvellement, la copie de la primo-prescription effectuée par un médecin d'un CSST (Centre de Soins Spécialisés aux toxicomanes) ou d'un CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et Prévention en Addictologie)

Chaque pays appliquant ses propres dispositions, le patient doit, préalablement à son déplacement se renseigner, auprès des ambassades ou des consulats du pays de destination, des règles en vigueur dans le pays de destination

Tableau récapitulatif

	Pays de l'espace Schengen*	Autre pays
Quels médicaments ?	Médicaments stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants	Médicaments stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants pour une durée de séjour supérieure à la durée maximale de prescription. (sinon l'ordonnance médicale suffit)
Documents requis**	Autorisation de transport	- Original de la prescription médicale. - Attestation de transport.
Autorité de délivrance compétente	ARS du département où le médecin prescripteur est enregistré.	Afssaps Département Stupéfiants et Psychotropes.
Pièces à fournir	- Demande du patient. - Original de la prescription médicale.	- Demande du patient (pays de destination, durée du séjour, quantité et dosage du médicament transporté). - Copie de la prescription médicale. - Certificat du médecin.
Validité	30 jours dans la limite de la durée maximale de prescription du médicament transporté.	Mentionnée sur l'attestation.

* Allemagne , Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Islande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Suède, Suède, Suisse, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, Slovénie, Slovaquie et la République Tchèque.

** Ces documents doivent être présentés sur réquisition des autorités compétentes de contrôle.

3.8. TSO et douleur (149) (150)

Quand il s'agit de patients " toxicomanes ", un certain nombre de tabous et croyances font que la douleur risque de ne pas être prise en compte.

Il nous faut tout d'abord distinguer plusieurs cas :

- Patient consommant régulièrement des drogues
- Patient en substitution
- Ancien usager actuellement sevré.

Comme tout autre patient, il est important de l'écouter, et de croire à la douleur dont il se plaint afin de mieux pouvoir y répondre.

Les mêmes principes de prise en charge de la douleur seront appliqués pour le patient usager de drogue que pour toute autre personne :

- Evaluation de la douleur on distinguera les douleurs nociceptives faibles, moyennes ou fortes qui nécessiteront des antalgiques de paliers I, II ou III.

S'il s'agit de douleurs neurogènes on adjoindra des traitements antiépileptiques si la composante est pulsatile ou des antidépresseurs tricycliques si la douleur est plutôt continue.

- Traitement des pathologies sous jacentes.
- Choix de l'antalgique le plus approprié, adaptation des traitements au cas par cas.
- Evaluation de la réponse au traitement, ne pas hésiter à modifier chaque fois que cela est nécessaire le traitement, l'intervalle d'administration, les doses, la voie d'administration.
- Choisir la voie la moins invasive possible.
- La meilleure dose est celle qui permet de mieux soulager la douleur sans entraîner d'effet secondaire gênant.

3.8.1. Usagers de drogue 'actifs'

La plus grande difficulté dans ce groupe est celle de l'évaluation de la consommation réelle de stupéfiant par le patient, une surestimation peut entraîner un surdosage dans le cadre d'une substitution, une sous estimation celle d'un syndrome de sevrage avec de plus une exacerbation des phénomènes algiques.

Une prise en charge par des équipes spécialisées dans ce domaine sera utile, elle permettra notamment de motiver le patient à s'adresser à un centre référent pour s'inscrire à un programme de substitution.

3.8.2. Patients substitués par la méthadone

La méthadone possède une activité antalgique grâce à son action agoniste sur les récepteurs morphiniques situés dans le système nerveux central. Mais elle a également un rôle antagoniste des récepteurs NMDA (N methyl Daspartate) qui sont impliqués dans les douleurs neurogènes, elle possède un pouvoir analgésique élevé.

Ses avantages sont une bonne absorption orale, ses métabolites non actifs, un pouvoir antalgique élevé, peu de tolérance croisée avec les autres agonistes morphiniques et une longue durée d'action.

Son inconvénient est une demi-vie longue et variable (10 à 75 heures) d'où un risque de toxicité à long terme.

Pour la substitution, elle est administrée en une dose quotidienne, alors que dans la prise en charge des douleurs elle est utilisée en plusieurs prises.

Lorsqu'un patient est déjà traité par la méthadone pour substitution et qu'il présente des douleurs nécessitant des antalgiques majeurs, plusieurs règles sont à respecter :

- Il est important de poursuivre la méthadone aux mêmes doses.
- L'antalgie se fera avec des antalgiques de palier I à doses élevées,
- La morphine peut être utilisée après un avis spécialisé,
- Il faut éviter un sevrage à la Méthadone cela pour éviter toute confusion entre substitution et antalgie.
- chez les patients ayant un long passé de substitution par la méthadone développaient des tolérances aux autres opioïdes, ce qui pouvait rendre difficile la prise en charge de la douleur. Pour ces raisons, ils utilisent la méthadone en plusieurs doses quotidiennes pour les douleurs en plus de la dose nécessaire à la substitution. De plus, l'usage de la méthadone comme antalgique permet une meilleure prise en charge des douleurs neuropathiques souvent associées aux douleurs nociceptives (rôles des récepteurs NMDA).
- Les codeïnés et le dextropropoxyphène sont à proscrire en traitement antalgique en association avec la méthadone en raison de risques d'accumulation.

3.8.3. Patients substitués par la buprénorphine haut dosage (Subutex*)

La buprénorphine haut dosage est un agoniste antagoniste. Par ailleurs, elle a une très forte affinité pour les récepteurs mu, la prescription conjointe d'un autre morphinique paraît donc aberrante.

- En cas de douleur nociceptive d'origine inflammatoire ou infectieuse les antalgiques de niveau I sont efficaces : aspirine, paracétamol, anti-inflammatoire non stéroïdiens, anti-spasmodiques, etc...

- En cas de douleurs sévères, les antalgiques de niveau I peuvent s'avérer insuffisants, il convient donc d'augmenter la dose de buprénorphine par palier pendant la phase aiguë jusqu'à 16 milligrammes maximum et ne pas prescrire des codéinés ou du dextropropoxyphène car compétition de fixation sur les récepteurs.
- Si la douleur est insuffisamment calmée, il faut réévaluer le contexte clinique de la douleur et rechercher une étiologie imposant un traitement spécifique (abcès, ostéite...) ou une éventuelle composante neurogène (névrite, douleur zoostérienne...) susceptible de répondre à un traitement par antidépresseur tricyclique ou un antiépileptique (carbamazépine, clonazépam)
- En dernier lieu, si le patient n'a pu être soulagé, il convient d'hospitaliser le patient pour effectuer un passage aux morphiniques.

3.8.4. Patients sevrés

Dans ce groupe de patients, le principal problème est celui de la réticence du patient, de sa famille, voire de son médecin, pour l'utilisation d'opioïdes pour le traitement de la douleur ; la principale crainte étant celle d'une rechute. Il semble que les patients les plus à risque soient ceux présentant une polytoxicomanie, désinsérés socialement et inactifs.

En fait, le conseil et le soutien pendant la prise en charge sont des facteurs qui permettent de limiter le risque de rechute.

On peut par ailleurs conseiller au patient de participer à des groupes de parole.

En règle générale :

Pour des douleurs aiguës : l'utilisation des voies orales et de courte durée est préférable

Pour des douleurs chroniques : la voie à libération prolongée ou trans-dermique est préférable.

On peut également utiliser tout autre traitement comme l'acupuncture, la kinésithérapie, la neurostimulation...

3.9. TSO et benzodiazépine, hypnotiques, anxiolitiques ⁽¹⁵¹⁾ ⁽¹⁵²⁾

L'association de TSO et de benzodiazépines est fréquente, L'association du SUBUTEX® avec d'autres produits psychoactifs, notamment les benzodiazépines, concerne jusqu'à 40% des patients. Elle majore les risques de surdosage et la survenue de dépressions respiratoires.

Si la co-prescription de BZD est inévitable on préférera des BZD à demi-vie courte

<i>A préférer</i>	<i>A éviter</i>
Zolpidem® Zopiclone®	Rohypnol® Mépromizine® Noctran® Noctamide®
<i>A préférer</i>	<i>A éviter</i>
Tercian® Atarax® Nozinan® Théralène® Séresta® Alprazolam®	Tranxène® Rivotril® Temesta®

3.10. Patient non pris en charge ⁽¹⁵⁵⁾

Les patients non pris en charge ne sont pas exclus de soins. ce dernier repose sur un conseil apporté par le pharmacien, qui peut profiter d'une demande de Stéribox® ou de codeinés pour établir un dialogue.

Le rôle du pharmacien est :

- De proposer un conseil préventif,

- D'orienter le patient vers les structures spécialisées, pour une prise en charge plus adaptée.
- Adopter une approche d'écourte et d'empathie.

4. Les outils éducatifs pour l'apprentissage de compétences en officine

L'essentiel est de pouvoir acquérir des techniques de communication centrées sur le patient

Les compétences du pharmacien :

- Une écoute active,
- Une empathie,
- Une attitude encourageante,
- Un entretien motivationnel à utiliser en particulier au moment du début de traitement, au cours du suivi éducatif et du suivi médical, pour initier un changement chez le patient, soutenir sa motivation au fil du temps,

Des techniques pédagogiques :

- Exposé interactif,
- Étude de cas, table-ronde, simulation à partir de l'analyse d'une situation ou d'un carnet de surveillance, travaux pratiques, atelier, témoignage.

Des outils de travail simple :

- Affiche, cédérom, brochure, représentations d'objets de la vie courante, etc.

Des outils plus complexes :

- Education thérapeutique du patient, au sein de réseau de santé ou structures similaire, et d'un programme structuré que nous allons proposer.

La difficulté c'est que l'ETP sera articulée entre les divers professionnels et lieux de soins l'idéal sera l'élaboration d'un carnet de coordination du patient, qui garantira :

- Un échange multi professionnel suivi, une transmission d'informations, participation du patient aux décisions,
- Une démarche de soins préétablie limitant des actions de soins inadéquates,
- Des propositions pour résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention,
- Un travail en réseau qui faciliterait considérablement le suivi.

4.1. Responsabilité et rôle du pharmacien

Le pharmacien est un des partenaires de l'équipe soignante (médecins, services psychosociaux) et va travailler en collaboration avec celle-ci. Il est responsable et de la fabrication éventuelle des traitements prescrits de l'addiction. Dans le cadre de traitements par substitution aux opiacés, il est responsable de la dispensation du traitement et de la gestion des aspects légaux relatif à la manipulation de produits stupéfiants.

Le pharmacien est d'autre part responsable de la validation pharmaceutique de la prescription médicale conformément aux standards de bonnes pratiques ainsi qu'aux directives légales et conventionnelles en vigueur, de même que de la dispensation des traitements de l'addiction en respect des instructions convenues avec le médecin prescripteur. L'objectif de la validation est d'assurer par une deuxième expertise le maximum de sécurité, d'efficacité de la prise en charge du patient. En cas de problèmes ou d'observations pouvant influencer la décision de dispenser le traitement requis, le pharmacien alerte le médecin avant de procéder à la dispensation.

Le pharmacien établit un dossier médico-pharmaco-social. Celui-ci contient la mise à jour régulière du suivi de la dispensation de tous les médicaments du patient incluant le traitement de l'addiction, les autres médicaments prescrits et ceux achetés sans ordonnance. Le dossier contient en outre l'historique pharmaceutique, ainsi que les documents relatifs à l'autorisation de traitement de l'addiction, le contrat thérapeutique multipartite, les prescriptions et autres communications avec le médecin prescripteur dans le but de vérifier tout ce qui concerne le médicament de substitution aux opiacés et les conduites annexes du patient (comportement, Stéribox®, autres traitements, recours à autres prescripteurs...).

Le pharmacien reçoit le patient dans une aire de la pharmacie facilitant le dialogue avec toute la confidentialité souhaitée. Même en cas de dispensation par un autre membre de l'équipe de la pharmacie, le pharmacien reste responsable de la qualité et du suivi de la dispensation. En début de traitement, le pharmacien informe le médecin et le patient sur les conditions de dispensation offertes dans sa pharmacie.

4.2. Outils de collaboration et de communication

4.2.1. Présenter et proposer l'ETP :

L'ETP peut être proposée par tout intervenant dans les soins, d'où l'avantage d'un travail en réseau addiction, plusieurs portes d'entrée pour un même protocole de prise en charge.

Dans un premier temps, on va expliquer au patient les buts de l'ETP et ses bénéfices pour lui, les éventuelles contraintes en termes de temps nécessaire, de disponibilité.

- Présenter des exemples de déroulement de programme d'ETP.
- Le renseigner sur l'accès à des séances dans son environnement proche.
- L'encourager à poser des questions.
- Lui remettre un document écrit d'information pour compléter l'information orale, lui permettre de s'y reporter, et prendre la décision de s'engager ou de refuser ou de différer l'offre d'éducation thérapeutique.
- Faire le lien avec les professionnels de santé qui mettent en œuvre l'ETP dans le cas où le professionnel de santé qui propose l'ETP n'est pas celui qui la met en œuvre.

La proposition peut ne pas être acceptée par le patient ou reportée dans le temps.

Une nouvelle information claire, valide et adaptée au patient lui sera proposée, s'il le souhaite.

4.2.2. Première consultation ETP :

Une fois le diagnostic éducatif établi le médecin et/ou le pharmacien aborde la formation du patient sur sa maladie :

- C'est quoi l'addiction ?
- C'est quoi les comorbidités ?
- Pourquoi autant d'intervenant ?
- Est-ce que ça se soigne ? comment ?....

Son traitement :

- C'est quoi un MSO ? comment on prend son traitement ?
- Pourquoi a-t-il d'autres traitements ? insister sur leur importance dans la prise en charge globale.
- C'est quoi une prise en charge globale ?

Les objectifs et connaissance attendus :

- Compréhension de la maladie
- Connaissance des TSO
- Gestion de sa propre maladie...

Pour faciliter la collaboration patient- intervenant on lui proposera un contrat thérapeutique multipartite.

4.3. Contrat thérapeutique multipartite fixant les modalités du suivi en officine des traitements de substitution aux opiacés peut être proposé au patient :

Le médecin et le pharmacien signent un contrat conjointement avec le patient. Ce contrat indique les obligations de chacune des parties pour une dispensation optimale en officine des traitements de l'addiction. En outre, ce contrat indique les modalités d'échanges d'informations relatives au patient entre médecins et pharmaciens.

4.4. Formulaire de transmission d'informations médecin-pharmacien

Le médecin et le pharmacien communiquent de façon écrite au sujet des informations nécessaires à l'instauration et au suivi du traitement. Ceci se fait de préférence au moyen du formulaire spécifique, et avec accusé de réception si jugé nécessaire. Toute situation complexe fait l'objet d'une discussion entre le médecin et le pharmacien.

4.5. Confidentialité des données du patient

En tant que professions médicales, le médecin et le pharmacien sont soumis strictement au secret médical, et au respect des droits et de la dignité du patient.

4.6. Proposition d'une solution regroupant tous ces outils = un livret de liaison

Le document peut être présenté sous la forme d'un livret (ci- joint):



Programme personnalisé d'éducation thérapeutique du patient

CARNET DE LIAISON

Réseau de santé ville-hôpital en addictologie (RSVHA)

26 avenue des Courrières

87 170 Limoges

Fax : 05.55.05.99.00

Email : tsr.87@wanadoo.fr

CSAPAddictologie-Centre BOBILLOT

80, rue François Perrin

87000 LIMOGES

Téléphone : 05 55 34 43 77

Fax : 05 55 77 30 28

Mail : prevention@ch-esquirol-limoges.fr

Contrat thérapeutique multipartite fixant les modalités du suivi en officine des traitements par substitution aux opiacés

La Méthadone et la Buprénorphine haut dosage (Subutex®) sont les deux seuls médicaments ayant une AMM comme traitements des pharmacodépendances majeures aux opiacés en association à une prise en charge médico-psycho-sociale avec des objectifs à court ou long terme, dont le but principal est de permettre et de soutenir le traitement médico-psychosocial de l'addiction, il vise à :

- Améliorer l'état de santé physique et psychique du patient,
- Faciliter sa réinsertion socioprofessionnelle
- Contribuer à la réduction des risques.

Le traitement se fera en étroite collaboration entre le médecin, le pharmacien les services socio-éducatifs concernés, dont le but est « le suivi thérapeutique personnalisé du patient »

Le médecin et le pharmacien informent le patient des bénéfices attendus du traitement par substitution aux opiacés ainsi que des effets indésirables et risques du traitement, en particulier en cas d'abus d'autres substances psychotropes.

Le suivi implique des visites médicales régulières.

Les services socio-éducatifs vont préparer la réinsertion progressive du patient dans la vie active.

Lorsque la dispensation n'a pas lieu dans le centre spécialisé, le pharmacien est responsable de la validation de la prescription médicale, de la dispensation et/ou de l'administration du traitement prescrit selon les standards de bonnes pratiques officinales. Il offre des conditions d'accueil respectant le droit à la confidentialité du patient. Il est d'autre part disponible pour toutes questions du patient concernant son traitement.

La fréquence de dispensation et/ou d'administration du traitement est définie par le médecin, en entente avec le patient et le pharmacien.

Le patient accepte de se soumettre au suivi ambulatoire ce qui implique le respect des rendez-vous médicaux, ainsi que les jours prévus pour la dispensation et/ou l'administration sous surveillance du traitement à la pharmacie.

Contrat thérapeutique multipartite fixant les modalités du suivi en officine des traitements par substitution aux opiacés (suite)

Les situations empêchant le patient de se rendre à la pharmacie pour l'administration et/ ou la dispensation du traitement selon l'horaire fixé seront annoncées à l'avance au médecin et au pharmacien. D' où l'importance d'inscrire le patient dans une temporalité et une nécessaire anticipation de ces rendez-vous et obligations.

Le patient s'engage à prendre sous son entière responsabilité toute dose non-ingérée à la pharmacie et qui lui est confiée pour les dimanches, jours fériés ou d'autres raisons. Il adopte les mesures nécessaires pour qu'elles ne soient pas prises à son insu.

Le patient est informé du fait que la vente ou le vol de stupéfiants et de substances psychotropes, un comportement violent ou des menaces envers le personnel pourront amener la révision des modalités du suivi ambulatoire.

Le patient prend note que les signataires peuvent échanger entre eux les informations nécessaires à son suivi, dans le respect du secret professionnel.

Autre pathologies chroniques : Oui Non

Lesquelles :

Traitements associés Oui Non

Lesquels :

Possibilité de leur intégration dans la prise en charge globale Oui Non

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

Contrat thérapeutique multipartite fixant les modalités du suivi en officine des traitements par substitution aux opiacés (suite)

Autres éléments à insérer dans le contrat selon entente entre les parties Oui Non

Lesquels :

Le contrat et les objectifs thérapeutiques seront réévalués tous les..... Mois.

Patient
Nom et prénom
Coordonnées
Lu et approuvé le à

Médecin
Nom et prénom
Coordonnées
Lu et approuvé le
À

Pharmacien :
Nom et prénom
Coordonnées
Lu et approuvé le
À

Autre professionnel impliqué dans la prise en charge
Nom et prénom
Coordonnées
Lu et approuvé le

Autre professionnel impliqué dans la prise en charge
Nom et prénom
Coordonnées
Lu et approuvé le

Autre professionnel impliqué dans la prise en charge
Nom et prénom
Coordonnées
Lu et approuvé le

Autre professionnel impliqué dans la prise en charge
Nom et prénom
Coordonnées
Lu et approuvé le

Lors de prochaines séances d'ETP le pharmacien va apprécier ce que le patient a retenu lors de précédentes séances, permettant une évaluation du processus d'intégration du patient dans sa propre prise en charge.

Le patient sait-il :

- Que le pharmacien ne délivre pas de doses à des tiers (sauf accord du médecin et identification claire de la personne mandatée par le patient) ?
- Que les doses ne seront pas remplacées en cas de vol, perte, dégradation ou vomissement (sauf accord du médecin) ?
- Qu'il est important de ne pas consommer de produits psychotropes dont l'alcool et autres drogues, pour éviter les interférences avec le traitement par substitution aux opiacés.
- Qu'il est de son devoir d'informer le médecin et le pharmacien de tout traitement médicamenteux qu'il pourrait recevoir d'un autre médecin ou d'un tiers (même ceux en vente sans ordonnance), pour éviter toute interférence ou risque supplémentaire pour son traitement.
- Qu'il peut lui être demandé de se soumettre à des contrôles urinaires.
- Que le pharmacien peut refuser de remettre une dose s'il suspecte que le patient est en état d'intoxication (drogues, alcool ou autre médicament). Dans ces situations, le pharmacien consulte le médecin ou le référent désigné avant de procéder à la dispensation ; il peut être amené à référer le patient vers son médecin ou une structure spécialisée.
- Que le pharmacien informera le médecin traitant s'il prend connaissance que le patient reçoit d'autres prescriptions pour des substances psychotropes.
- Que pour faciliter le suivi et la qualité des soins, le médecin et le pharmacien peuvent échanger entre eux les informations nécessaires, dans le respect du secret professionnel
- que pour faciliter le suivi et la qualité des soins, le médecin peut déléguer au pharmacien certaines décisions selon des modalités convenues entre eux au préalable en cas de situations particulières de crise (comme une « Perte » de doses, etc.).
- Que la non-observation des points cités plus haut peut amener le médecin ou le pharmacien à proposer la modification du contrat.

Formulaire d'échange d'information entre médecin –pharmacien

1. Objectifs thérapeutique

- Sevrage Visée à l'abstinence
 Gestion de consommation Aide à la survie
 Autre :

2. Description du traitement

- Début de la dispensation le :
 Arrêt de la dispensation le :
 Reprise de la dispensation le :

Substance ou spécialité prescrite :.....Dose/jour (mg) :

Doses administrées à l'officine sous surveillance :fois / semaine

Si nécessaire indiqué les jours :.....

Doses remises à l'officine :.....fois / semaine

Si nécessaire indiquer les jours et le nombre de doses à remettre.....

Doses dispensées ou remises par un autre servicefois / semaine

Spécifier quel service:

.....

Médication supplémentaire :

1.....posologie : matin, midi, soir, coucher.

Dans le but :

Pour une durée :

2.....posologie : matin, midi, soir, coucher.

Dans le but :

Pour une durée :

Formulaire d'échange d'information entre médecin –pharmacien

Médication supplémentaire (suite) :

3.....posologie : matin, midi, soir, coucher.

Dans le but :

Pour une durée :

4.....posologie : matin, midi, soir, coucher.

Dans le but :

Pour une durée :

Lieu et date :

Coordonnés du médecin :

Signature :

Formulaire d'échange d'information entre médecin –pharmacien

3. Antécédents :

- Antécédents médicaux : Oui Non

Si oui lesquels :

- Antécédents addictifs :

Type d'addiction : Sans substances :

Avec substances :

Produits	Voies (per-nasale, fumé, iv,...)	Dépendance	Début /Fin	Prise en charge	Causes de l'éc ec de a prise ne charge
Produits actuels					

- Antécédents psychiatriques : Oui Non

Lesquels :

- Antécédents familiaux : Oui Non

Lesquels :

Formulaire d'échange d'information entre médecin –pharmacien

4. Eléments psychosociaux à connaître

- Logement :**
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Proches ou partenaire |
| <input type="checkbox"/> Enfants à charge | <input type="checkbox"/> Combien de personne à charge |
| <input type="checkbox"/> Communauté | <input type="checkbox"/> Sans logement fixe |
| <input type="checkbox"/> Incarcérer | <input type="checkbox"/> Semi-liberté |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

Emploi ou formation

- Plein temps temps partiel temporaire sans emploi

Qualifications :

Prise en charge psychosociale : Oui Non.

Si oui, service référent :.....

Autres commentaires :

.....

Remise de documentation : Oui Non

Laquelle (prospectus, flyers...) :

Formulaire d'échange d'information entre médecin –pharmacien

5. Surveillance des prises de toxiques :

Demande d'analyses d'urine ou salivaires : à effectuer le

Analyse conseillée à la fréquence de

Résultats des analyses d'urine ou salivaires effectuées le..... :

Positif Négatif

Commentaires :

.....

Si nécessaire prévoir une séance ETP pour expliquer en quoi ca consiste.

Le patient sait-il : Pourquoi ?

Comment ?

A quoi cela peut servir ?

Formulaire d'échange d'information entre médecin –pharmacien

6. Absence et vacances :

Le patient sera absent ou en vacances, et ne pourra se rendre à la pharmacie pour la dispensation de son traitement, dès le.....

Et pour une durée de

Le traitement doit lui être remis sous la forme de :

- Comprimés
- Sirop ou solution habituelle
- Autres.....

7. Découverte d'une grossesse conseils /TSO

Date de début de grossesse :

Date d'interruption de grossesse :

Date d'accouchement :

Début de traitement :

Modification apportée à son traitement :

Laquelle :

Pourquoi :

Traitements associés :

Est-elle suivie : Oui Non

Par :

Coordonnées :

La patiente a été avertie des risques/bénéfices du traitement : Oui Non

Plan d'action en cas de situations particulières

Ne s'est pas présenté à la consultation médicale

- Oubli occasionnel Le :
- Problème particulier (enfant malade, empêchement professionnel, ...) :

Propositions : reprogrammation du rendez-vous

- Oui Le :
- Non Pourquoi :
- Oubli récurrent :

Remarque particulière sur son état physique, psychique, comment à t-il gérer son état de manque ? La cohérence de ses réponses ?

Proposition : Interruption du contrat de soin

- Continuer mais avec une reconsidération de la prise en charge

Les actions :

Ne s'est pas présenté à la pharmacie

- Oubli occasionnel Le :
- Problème particulier (enfant malade, empêchement professionnel, ...) :

Propositions : reprogrammation du rendez-vous

- Oui Le :
- Non Pourquoi :
- Oubli récurrent :

Remarque particulière sur son : état physique, psychique, comment à t-il gérer son état de manque ? La cohérence de ses réponses ?

Proposition : Interruption du contrat de soin

- Continuer mais avec une reconsidération de la prise en charge

Les actions :

Plan d'action en cas de situations particulières (suite)

Cas particulier de dose perdue ou altérée :

- Pharmacien Médecin

Quand, comment, combien et ou ?

Proposition : Toujours évaluée et prise au cas par cas en accord entre le médecin et le pharmacien.

S'il se présente à la pharmacie réorienter le patient vers le médecin et éviter toute avance sans l'accord de ce dernier.

Action :

Cas particulier de dose volée :

- Pharmacien Médecin

Quand, comment, combien et ou ?

Procès verbal prouvant le vol : Oui Non

Proposition : Toujours évaluée et prise au cas par cas en accord entre le médecin et le pharmacien.

S'il se présente à la pharmacie réorienter le patient vers le médecin et éviter toute avance sans l'accord de ce dernier.

Action :

Cas de dose vomie :

Raison maladie digestive transitoire ? Oui Non

Proposition : Traitement adéquate.

La forme galénique ne convient pas au patient ? Oui Non

Proposition : proposer une autre alternative de traitement.

Action :

Plan d'action en cas de situations particulières (suite)

Se présente à la pharmacie pour chercher son traitement en avance :

Refuser toute délivrance et lui rappeler les règles déjà établies.

Se présente à la pharmacie pour chercher son traitement en retard :

Proposition : - Prévenir le médecin de l'incident (feuille de transmission)
- Si le patient refuse de se plier aux règles, envisager une réévaluation de la prise en charge

Demande de codéinés en vente libre :

Demande de Stéribox® :

Ne pas refuser la délivrance, profiter de l'occasion pour établir un dialogue en prenant une attitude de conseil, d'information et de prévention en vous aidant de documentation

(Prospectus, Flayer , ...)

Bien assister sur la possibilité d'une réévaluation de la prise en charge qui apriori n'est pas appropriée.

Avertir le médecin.

Prescription par un autre médecin :

- Traitement de substitution :

Refus catégorique de la délivrance, en avertissant les deux médecins.

- Médicaments psychotropes :

S'assurer que le médecin prescripteur a été informé sur le traitement de substitution du patient.

Si ce n'est pas le cas refuser la délivrance et bien expliquer au patient les raisons et les conséquences que cela peut avoir.

Avertir le médecin.

Autre situation :

La définir

Proposition faite

Compte-rendu de l'ETP

Numéros et date de la séance	Date	Qui l'a fait	Thèmes abordé	Documentation proposées	Signature

Synthèse :

Ce livret pourra être proposé à tous les patients dépendant aux opiacés bénéficiant d'un traitement de substitution. Le but est d'assurer la qualité et la continuité des soins, l'apprentissage de la gestion et l'anticipation des situations problématiques au quotidien pour augmenter les chances de réussite de la prise en charge.

Il est le support matériel dans l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique personnalisé.

Qui peut le proposer ?

- Le médecin (traitant ou du CSAPA)
- Le pharmacien.
- Le réseau.

Pour qui ?

Ce livret est proposé à tous les patients sous traitement de substitution aux opiacés et pour lesquels le traitement est délivré par une pharmacie de ville.

Comment l'utiliser ?

- Pour chaque consultation, il sera demandé et rempli par le médecin.

Le médecin date, appose son tampon, note le traitement prescrit, indique la posologie et la fréquence de délivrance, il note aussi tout incident ou remarque pouvant influencer le suivi du traitement, décrit toute intervention ou décision prise pour améliorer le suivi, si documentation remise, etc.

- *Le pharmacien*, lors de toute délivrance, note le médicament de substitution délivré, les date de délivrance, la posologie, incidents, documentation remise, remarque particulière, etc.
- Les autres prescripteurs et travailleurs sociaux intervenant dans la prise en charge pluridisciplinaire dans la limite de leurs compétences peuvent fournir des éléments qui seront notés sur le livret.

Les objectifs de ce carnet sont :

- De permettre de discuter avec le patient de sa prise en charge et d'avoir une vision claire de l'évolution du traitement,
- D'aider le patient à être acteur de son traitement et de sa prise en charge,
- D'aider le patient et les soignants lors du suivi et des relais,
- D'aider le médecin et le pharmacien dans leur prise en charge : permet de poser un cadre prédéfini du suivi,

Les avantages sont :

- Un meilleur suivi des patients et de leurs traitements,
- Une meilleure gestion des déplacements du patient et des congés du médecin et du pharmacien, etc,
- Une amélioration des liens entre médecin, pharmacien et patient,
- Une proposition d'un cadre de soins rassurant le pharmacien, le médecin et le patient.
- Un outil pouvant être proposé par le réseau de santé en addictologie.

Une évaluation de l'outil est nécessaire afin d'améliorer la pertinence et la fonctionnalité de l'outil une évaluation régulière sera proposer par le réseau aux professionnels de santé et aux patients.

5. Coordonnées utiles

5.1. Les structures de soins spécialisés en Limousin

Les usagers de drogues peuvent être accueillis dans des structures médicosociales spécialisées dans la prise en charge des addictions ou dans d'autres structures non spécialisées.

Le dispositif sanitaire et social spécialisé comprend trois types d'établissements :

- Structures hospitalières généraux (CHG) ou spécialisé
- Les CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie),
- Les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues),
- les communautés thérapeutiques.
- Les ELSA (équipes de liaison et de soins en addictologie)

5.1.1. Structures hospitalières

Chaque hôpital disposant d'une structure d'urgence doit disposer de consultations spécialisées et d'une équipe de liaison en addictologie (mesure 1 du Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011).

En limousina le PAL (Pôle d'Addictologie en limousin) replit ces prérogatives.

5.1.2. Les CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie),

Créés par la loi du 2 janvier 2002, les CSAPA rassemblent dans un cadre juridique unique les CCAA (Centres de cure ambulatoires en alcoologie) et les CSST (Centres de soins spécialisés pour toxicomanes).

Ils prennent en charge les personnes en difficulté avec les substances psychoactives, licites ou non, y compris le tabac, l'alcool et les médicaments détournés de leur usage. Ils peuvent également prendre en charge des personnes présentant des addictions sans substance (dont le jeu pathologique).

Les missions des CSAPA ont été précisées par le décret du 14 mai 2007 et sont les suivantes :

- l'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage;
- la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ;
- la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative (qui comprend diagnostic, prestations de soins, accès aux droits sociaux, aide à l'insertion ou à la réinsertion) ;
- le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés.

Les CSAPA assurent soit des prestations ambulatoires, soit des prestations en hébergement individuel (appartements thérapeutiques, familles d'accueil...) ou collectif (structures d'urgence ou de transition, centres thérapeutiques résidentiels...), soit ces deux prestations à la fois.

Ils ont la possibilité de se spécialiser soit sur l'alcool, soit sur les drogues illicites. Dans le cas où le CSAPA est spécialisé, il n'est tenu d'assurer la prise en charge et la réduction des risques que pour le public pour lequel il a fait ce choix. Quelle que soit la spécialisation du CSAPA, celui-ci doit prendre en charge l'ensemble des consommations de ses patients, de préférence directement, ou en lien avec une autre structure.

En limousin le CSAPA addictologie Centre BOBILLOT répond à ces critères et prend en charge les patients addict aux opiacés, et il abrite aussi le centre Méthadone.

5.1.2.1. Relais CSAPA-Médecins généralistes

Les médecins généralistes ont la possibilité de prescrire de la méthadone en relais du CSAPA (ou du CSST) qui établit la prescription initiale.

Ils peuvent également prescrire de la buprénorphine haut dosage (BHD), avec pour obligation d'utiliser des ordonnances sécurisées.

La durée maximale de prescription de BHD est de 28 jours. La quantité maximale délivrée est fractionnée depuis septembre 1999 par périodes de 7 jours avec mention obligatoire sur l'ordonnance de la durée de traitement pour chaque fraction (le médecin peut cependant demander que le traitement soit délivré en une seule fois pour une période de 28 jours maximum, et ceci pour des raisons particulières tenant à la situation du patient).

Les médecins généralistes sont parfois membres d'un « Réseau de santé » qui a pour objectif d'assurer la liaison et la continuité des soins entre les différents lieux de prise en charge des toxicomanes.

Les pharmaciens libéraux sont également associés à cette démarche.

5.1.2.2. CSAPA et réduction des risques

Parmi les missions fixées aux CSAPA par le décret du 14 mai 2007 figure la mise en œuvre de mesures de réduction des risques à destination du public qu'ils prennent en charge

La réduction des risques dans les CSAPA peut s'appuyer sur :

- la mise à disposition de matériel de prévention (seringues, matériel stérile de préparation à l'injection, préservatifs masculin et féminin...);
- la gestion de distributeurs / récupérateurs automatiques de matériel d'injection stérile et de préservatifs ;
- le travail en réseau avec les pharmacies pour faciliter la mise à disposition de kits d'injection et de jetons d'automates ;
- la participation à des interventions spécifiques en milieux festifs ou en prison ;
- l'incitation au dépistage vis-à-vis des risques infectieux et la mise à disposition de moyens non invasifs de dépistage de l'hépatite C (Fibroscan®, fibrotests...).

5.1.3. Les structures sociales

5.1.3.1. Les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues),

Créés par la loi de santé publique du 9 août 2004 (art.L3121-5 du code de la santé publique) et mis en place à partir de janvier 2006, les CAARUD sont des structures dites de « seuil adapté » (pour « seuil d'exigence adapté ») : l'usager de drogue y est accueilli sans condition préalable et sans jugement. Cette approche n'exclut pas de construire avec lui une stratégie à moyen et long terme mais elle privilégie dans un premier temps l'écoute et la réponse à des demandes plus immédiates. Aucune exigence ne conditionne son accueil et la mobilisation des moyens existants.

Les missions des CAARUD (voir décret du 19 décembre 2005) sont les suivantes :

- L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé ;
- Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :
 - l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité (proposés de préférence sur place) ;
 - l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun ;
 - l'incitation au dépistage des infections transmissibles ;

- Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- La mise à disposition de matériel de prévention des infections (matériel stérile de consommation de drogues, préservatifs et gel lubrifiant) ;
- L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers
- les actions de médiation sociale afin d'assurer une bonne intégration du centre dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage des drogues.

Ils participent en outre au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie.

Ils sont en étroite partenariat avec les PAL.

5.1.3.2. Les communautés thérapeutiques

Les communautés thérapeutiques sont des structures d'hébergement qui s'adressent à un public de consommateurs dépendants à une ou plusieurs substances psychoactives, dans un objectif d'abstinence, avec la spécificité de placer le groupe au cœur du projet thérapeutique et d'insertion sociale. Elles peuvent accueillir des patients sous traitement de substitution aux opiacés au moment de leur entrée dans la communauté.

Elles doivent s'inscrire dans un réseau de prise en charge sanitaire et sociale.

5.1.3.3. Les appartements de coordination thérapeutique (ACT)

Créés à titre expérimental en 1994 pour prendre en charge les malades du sida, les appartements de coordination thérapeutique ont été reconnus par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale qui leur a accordé le statut d'établissements médico-sociaux ouverts aux autres pathologies.

Ce sont des structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical. Fonctionnant sans interruption, ils s'appuient sur une coordination médico-psycho-sociale devant permettre l'observance aux traitements, l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux (allocation aux adultes handicapés, revenu minimum d'insertion...) et l'aide à l'insertion.

5.1.3.4. L'auto-support

L'auto-support des usagers de drogues recouvre des formes d'organisations aux objectifs et modes d'actions diversifiés.

Certaines organisations, comme Narcotiques Anonymes (créés en France en 1984 sur le modèle des Alcooliques Anonymes), proposent aux usagers de drogues de devenir abstinents de tout produit psychoactif, grâce à la fréquentation régulière de réunions de rétablissement. L'anonymat, l'entraide, la parole, l'identification et le parrainage constituent les principaux outils mis en œuvre dans ces groupes.

D'autres organisations, comme ASUD (Auto-Support des Usagers de Drogues, créé en 1992, initialement comme une association de lutte contre le sida), se battent contre la stigmatisation et la marginalisation des usagers de drogues. Ils revendiquent un rôle actif et central dans la mise en œuvre ou le renforcement des politiques de réduction des risques, ainsi que la dépénalisation de l'usage de drogues. Ces groupes utilisent différentes techniques d'intervention comme l'« outreach work » (aller à la rencontre des usagers les plus marginalisés), le soutien par les pairs, la diffusion de documents et de revues, l'animation de réseaux d'usagers via des sites Internet et des forums. Ils participent également à des commissions locales et nationales, à des manifestations et des colloques pour faire valoir le point de vue de l'« usager-citoyen ». Depuis la légalisation des traitements de substitution aux opiacés, ASUD a élargi ses activités et s'est largement repositionné comme une « association de patients », mais continue à affirmer sa dimension militante.

5.1.4. Organisation en limousin :

PAL : pole d'addictologie en Limousin seule structure à habilité en limousin, il se décline en :

- CSAPA addictologie sont rattachés au PAL :
 - Ils assurent le suivi en ambulatoire.
 - Ils abritent le centre méthadone.
 - Ils seront une unité de prévention.
- CS délocalisés, pour jeunes consommateurs, sur le département.
- UTA (Unité des soins des addictions) prend en charge les patients dépendants aux opiacés avec comorbidités psychiatriques et autre.
- ELSA (établissement de soins et de liaison en addictologie)
- ACT (les Appartements de Coordination Thérapeutique) 6 appartement dans le limousin

Réseau ville hôpital : Adictlim régie par la loi du 4 mars 2002, avec l'idée que la coordination et l'ouverture à l'interdisciplinarité permettront une meilleure prise en charge pour le patient. Ainsi, le traitement de la toxicomanie doit être global (médico-psycho-social) et non pas simplement médicamenteuse.

CAARUD situé rue bobillot a limoges

Conclusion

L'évolution dans la prise en charge des maladies chroniques oblige les professionnels de santé à s'interroger sur leurs pratiques.

L'éducation thérapeutique a fait l'objet de recommandations et de loi, elle doit être structurée, codifiée et se référer à des méthodes pédagogiques. Elle doit être dispensée par une équipe pluridisciplinaire formée.

Le patient addict aux opiacés présente une maladie chronique complexe faisant appel à des acteurs de soins multiples sanitaires, médico-sociaux et sociaux. L'offre de soins est de ce fait diverse et personnalisée.

L'éducation thérapeutique est considérée aujourd'hui comme une composante essentielle du traitement des maladies chroniques. Les objectifs de l'éducation thérapeutique sont nombreux. Pour l'essentiel, ils visent à réduire de manière significative et individualisée les facteurs de risque et leurs conséquences, à aider le patient à suivre correctement son traitement et à améliorer sa qualité de vie et son sentiment d'autonomie.

Elle doit permettre au patient d'acquérir les compétences utiles pour mettre en place ces objectifs. Le patient s'impliquera d'autant plus dans sa prise en charge qu'il se sentira en accord avec les objectifs retenus et qu'il aura le sentiment que ses besoins personnels auront été pris en compte. L'un des points clés de la réussite d'un programme éducatif résidera donc dans le développement d'un véritable partenariat soignants-patient.

Les professionnels de santé, notamment les pharmaciens d'officine, du fait de leur expérience et leur proximité avec le patient addict aux opiacés sont aptes à assurer le défi de santé publique. Ils sont prêts et motivés à accompagner le patient dans son parcours de soin à devenir acteur de ses soins.

Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés : Outils de travail interdisciplinaire

La proposition d'un outil sous forme d'un livret peut permettre d'être un support de communication entre les différents acteurs (patient-médecin-pharmacien) dans lequel sont consignés tous les éléments nécessaires à l'apprentissage, au suivi et à l'amélioration de la prise en charge de la maladie.

Enfin l'éducation thérapeutique de patient est avant tout une rencontre humaine fondée sur un dialogue, une recherche d'une compréhension mutuelle et une participation du malade aux décisions et aux soins pour s'inscrire dans un projet de vie et améliorer sa qualité de vie.

GLOSSAIRE

Drogue : Dans le langage courant, terme qui désigne les stupéfiants classés parmi les substances illicites et par extension les médicaments en général du fait de la conjonction de leurs effets bénéfiques recherchés et de leurs effets indésirables.

Dans le champ de l'addictologie, ce terme est devenu obsolète au profit de celui de « substances psycho-actives », qu'elles soient illicites ou licites, en incluant les médicaments psychotropes et les MSO ; une substance psycho-active se caractérise par 3 effets indissociables :

- modification des perceptions et des états de conscience (effet psycho-actif), capacité d'induire une pharmacodépendance (effet addictogène) et capacité d'induire des dommages immédiats et/ou différés (nocivité et toxicité).

Usage – Abus – Toxicomanie - Dépendance - Addiction

Ces termes sont utilisés dans le langage courant et le langage médical et scientifique avec des acceptions différentes.

1. Dans le langage courant et notamment celui des consommateurs de produits illicites

Usage est un terme généralement utilisé par les consommateurs de substances psycho-actives illicites pour désigner leur consommation quand elle est considérée, à tort ou à raison, comme non problématique.

Abus qualifie généralement un usage qui apparaît excessif soit par son intensité, soit par sa durée, soit par les deux, et tend de ce fait à être problématique.

Toxicomanie désigne la consommation de substances psycho-actives quand elle est devenue habituelle et considérée comme plus ou moins problématique.

Dépendance est un synonyme de toxicomanie, son caractère problématique tenant à la reconnaissance par le consommateur de son incapacité à modifier son comportement de consommation.

Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés : Outils de travail interdisciplinaire

2. En addictologie

On distingue actuellement 3 catégories de comportement de consommation de substances psycho-actives : le non-usage, l'usage et le mésusage.

Non-usage : toute conduite à l'égard d'une substance psycho-active caractérisée par une absence de consommation.

Usage : consommation d'une substance psycho-active caractérisée par l'absence de risque(s), de dommages et de dépendance.

Mésusage : consommation d'une ou plusieurs substances psycho-actives caractérisée par l'existence de risques et/ou de dommages et/ou de dépendance ; cette catégorie se décline en 3 sous-catégories :

- l'usage à risque : consommation d'une substance psycho-active caractérisée par l'existence de risques et l'absence de dépendance et de dommages
- l'usage nocif : consommation d'une substance psycho-active caractérisée par l'existence de dommages et l'absence de dépendance
- l'usage avec dépendance : consommation d'une substance psycho-active caractérisée par l'existence d'une dépendance : perte de la maîtrise de la consommation, quels que soient la fréquence et le niveau de la consommation, et qu'il existe ou non des dommages.

Abus : terme qui n'apparaît pas en tant que tel dans cette catégorisation pragmatique. Il est défini par le DSM-IV corrélativement à la dépendance à une substance et peut être situé comme un usage nocif tout en pouvant à la fois être considéré comme une forme prodromique de la dépendance.

Toxicomanie : terme qui désigne l'ensemble des comportements de consommation de substances psycho-actives illicites ou détournées de leur usage licite entraînant un usage à risque, un usage nocif ou une dépendance avérée. Il renvoie aux pratiques des usagers de drogues illicites. En raison de ses acceptions multiples et équivoques, ce terme est à éviter, notamment pour désigner la dépendance aux opiacés qui n'est qu'une des facettes de ce fait social.

Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés : Outils de travail interdisciplinaire

Dépendance à une substance : terme qui désigne une pathologie classée parmi les troubles mentaux et du comportement dans les classifications internationales qui en précisent les critères diagnostiques (CIM-10 de l'OMS en 1992 et DSM-IV de l'American Psychiatric Association en 1994).

Pharmacodépendance : selon l'OMS en 1969, état psychique et quelquefois aussi physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament (ou drogue), se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion (besoin) à prendre le médicament (ou la drogue) de façon continue ou périodique afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance. Un même individu peut être dépendant de plusieurs médicaments.

Addiction : C'est dans les pays anglo-saxons que le terme d'addiction apparaît initialement en psychiatrie, désignant les toxicomanes. De son usage initial, son utilisation va progressivement s'étendre à d'autres catégories cliniques qui, pour certaines présentent des similitudes, notamment au niveau comportemental. Néanmoins, entendu dans son sens le plus couramment employé, il recouvre les comportements d'utilisation pathologique de substances telles que les drogues, les médicaments et l'alcool.

Goodman a proposé en 1990 une définition opératoire dans une forme calquée sur celle utilisée pour le diagnostic des troubles mentaux dans le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4).

En résumé, pour être le plus clair possible, l'addiction se caractérise par :

- l'impossibilité répétée de contrôler un comportement
- la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

Ce comportement vise à produire du plaisir ou à écarter une sensation de malaise interne.

Usager de drogues : terme qui désigne le consommateur de substances psycho-actives illicites ou détournées de leur emploi licite. Ce terme est utilisé dans ce sens large par les usagers eux mêmes, les professionnels de l'addictologie précisant que ces consommateurs constituent une population hétérogène qui compte à la fois des usagers non-dépendants et des personnes dépendantes (qu'elles le reconnaissent ou non).

Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés : Outils de travail interdisciplinaire

Personne dépendante des opiacés : personne dont le comportement de consommation de substances opiacées relève de la catégorie de l'usage avec dépendance et/ou du diagnostic de dépendance à une substance du DSM-IV et/ou qui répond entièrement aux critères de A. Goodman.

Sevrage : au sens addictologique, ce terme désigne l'arrêt prévu ou accidentel chez une personne dépendante de sa consommation d'une ou plusieurs substances psycho-actives. Cet arrêt est susceptible d'induire un syndrome de manque ou de sevrage qui nécessite des soins médicalisés.

Ce syndrome constitue un des signes cliniques de la pharmacodépendance, sans pour autant constituer un signe nécessaire ou suffisant. Le sevrage peut s'intégrer dans une stratégie thérapeutique de prise en charge de la pharmacodépendance du sujet.

Dans le champ de la dépendance aux opiacés, le terme sevrage a 2 acceptions :

- le sens traditionnel qui désigne l'arrêt de toute prise d'opiacés, y compris de MSO
- le sens actuel qui désigne l'arrêt de toute prise d'opiacés illicites, en s'accommodant du maintien de la dépendance aux opiacés au moyen des MSO.

Abstinence : au sens addictologique, l'abstinence désigne l'absence de consommation (le « nonusage ») d'une substance psycho-active qui suit pendant une durée significative une période de pharmacodépendance à cette substance (> 12 mois dans le DSM-IV).

Dans le champ de la dépendance aux opiacés, le terme abstinence répond également à 2 acceptions :

- le sens traditionnel qui désigne le non-usage significativement durable voire définitif de toute prise d'opiacés, y compris de MSO ;
- le sens actuel qui désigne le non-usage significativement durable de toute prise d'opiacés illicites, en s'accommodant du maintien de la dépendance aux opiacés au moyen des MSO.

L'abstinence dans ces deux acceptions correspond à la résolution de la pharmacodépendance sans pouvoir pour autant être confondue avec la résolution ou « guérison » de la problématique addictive, ce qui rend compte des phénomènes observés de compensation et de transferts de dépendances à d'autres substances psycho-actives et/ou à des conduites addictives non pharmacologiques.

Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés : Outils de travail interdisciplinaire

Substitution : terme qui désigne l'opération de « mettre quelqu'un ou quelque chose à la place d'un autre », la question restant ouverte de savoir si c'est ou non avec le même effet. Dans le champ de la dépendance aux opiacés, ce terme apparaît équivoque du fait qu'il désigne deux modes différents d'implication thérapeutique :

- la substitution « vraie » qui se propose de remplacer la substance opiacée par une autre aux effets strictement identiques et à la nocivité réduite avec l'objectif d'intervenir sur les dommages induits par la dépendance sans modifier celle-ci et en s'en accommodant ; pour que cette intervention soit acceptable, il est nécessaire que lors de la prise du traitement le patient ressente les mêmes effets qu'avec la substance opiacée dont il est dépendant. La voie d'administration utilisée peut être la même que pour la substance de dépendance mais pas nécessairement. Ces traitements réduisent aussi de façon quasi immédiate les symptômes de sevrage mais l'effet renforçant maintient parallèlement le comportement de dépendance. Les bénéfices attendus de cette intervention concernent les conséquences médicales et sociales : par exemple, utilisation de substance « propre », interventions d'information et d'éducation favorisant l'apprentissage de modalités d'usage plus sûres, diminution de la délinquance ;

-la substitution « thérapeutique » qui cherche à modifier, à la demande du dépendant, son comportement de dépendance et les contraintes qu'il induit en intervenant sur l'un des mécanismes de pérennisation de la dépendance : le besoin de consommer sous tendu par les effets renforçateurs des expériences antérieures. Dans ce but, le MSO doit idéalement ne présenter aucun effet renforçant perceptible lors de la prise, ce qui va distinguer le traitement d'une prise d'opiacés illicites. Cette modalité du traitement suppose la collaboration active de la personne dépendante et parfois un temps préalable pour son émergence durant lequel peut être envisagée une substitution vraie.

L'ambiguïté du terme substitution voire la confusion des objectifs de l'intervention qu'il désigne tient au fait que des substances actives de classes pharmacologiques identiques disponibles sous des formes galéniques différentes peuvent être utilisées pour chaque modalité.

Si l'effet renforçant de ces substances est très différent selon la substance et sa forme galénique, l'information donnée au patient et ses attentes réelles vont déterminer en partie l'usage qu'il va faire d'un MSO.

Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés : Outils de travail interdisciplinaire

L'ambiguïté tient également au fait que la substitution peut aussi être utilisée pour compenser ou masquer les signes de sevrage alors que les dosages suffisants pour ce but ne sont pas suffisants pour réduire l'envie et le besoin de consommer.

Cadre du traitement

Sous cette notion, les auteurs évoquent les items suivants :

- les lieux de prescriptions et les types de services rendus ;
- la forme du suivi médical ;
- le mode d'administration du traitement ;
- la question de la posologie ;
- le recours à l'accompagnement psychologique ;
- le niveau de contrainte qui mesure soit la présence d'une obligation de soin, soit un contrôle urinaire des consommations.

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS: Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

ALT : Appartements de coordination thérapeutique

AMM: Autorisation de Mise sur le Marché

ASSUD : Auto-support des usagers de drogues

ATV: Aire tegmentale ventrale

BHD: Buprénorphine haut dosage

BZD : benzodiazépine

CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CCAA : Centre de cure ambulatoires en addictologie

CEIP: Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance

CH: Centre hospitalier

CIDAG : Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit

CIDDIST : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CIM 10: Classification internationale des maladies 10ème révision

CMU : Couverture maladie universelle

CSAPA: Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSST: Centre spécialisé de soins aux toxicomanes

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4

ELSA: Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

GABA: Acide γ -aminobutyrique

HAS: Haute autorité de santé

INSERM: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IST : Infection sexuellement transmissible

IV : Intraveineuse

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MSO: Médicaments de substitution aux opiacés

OFDT: Observatoire français des drogues et toxicomanies

OMS: Organisation mondiale de la santé

OPPIDUM : Observation des produits psychotropes ou détournés de leur utilisation médicamenteuse

PAL : pôle d'addictologie en Limousin

RCP: Résumé des caractéristiques du produit

RR: Risque relatif

SDF : Sans domicile fixe

SNA : Système nerveux autonome

SNC: Système nerveux central

SSNN: Syndrome de sevrage néonatal

TSO: Traitement de substitution des opiacés

VHB: Virus de l'hépatite B

VHC: Virus de l'hépatite C

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

BIBLIOGRAPHIE

Avertissement : Nous avons classé les références bibliographiques selon le système VANCOUVER. Les références sont numérotées par ordre d'apparition dans le texte, sans se soucier de l'alphabet. Lorsqu'une référence est citée plusieurs fois, elle garde la même numérotation.

- (1) AUGEL P., RICHARD D., VALLEDR M., CHAGNARD E., Toxicomanie. 2^{ème} édition Masson 2003, p. 124-132.
- (2) Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanie. Enquête ILIAD 2009. [En ligne]. In : Site de l'observatoire français des drogues et toxicomanies. Disponible sur : www.ofdt.fr. (page consultée le 22 mars 2011).
- (3) VARESCON I. Psychopathologie des conduites addictives : Alcoolisme et toxicomanie. Edition Berlin, 2005, p.13.
- (4) NETSHINE S. Psychologie Clinique : la psychologie clinique en dialogue. Tomme 2, Edition Bréal, 2002, p.139.
- (5) FERNANDEZ L., SZTULMAN H. Approche de concept d'addiction en psychologie. Edition psycho E print, 1997, p. 255-265.
- (6) REYNAUD M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. In : Traité d'ADDICTOLOGIE. Paris édition Flammarion médecine-science, 2006, p.4.
- (7) VARESCON I. Psychopathologie des conduites addictives : Alcoolisme et toxicomanie. Edition Berlin, 2005, p.13-15.
- (8) GOODMAN A. Addiction: définition et implication. Br J Addict, 1990, vol 85, 1403-1408.

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

- (9) REYNAUD M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. In :
Traité d'ADDICTOLOGIE. Paris édition Flammarion médecine-science, 2006, p.4.
- (10) VALEUR M., MATIASIAK J-C. les addictions : Panorama clinique, modèles
explicatifs, débat social et prise en charge. Edition Armand Colin, Seconde édition 2008,
p. 39-44.
- (11) REYNAUD M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. In :
Traité d'ADDICTOLOGIE. Paris édition Flammarion médecine-science, 2006, p.4-5.
- (12) DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème éd. Trad.
Paris, Masson, 1996.
- (13) Classification internationale des maladies, 10ème éd. Paris, Masson, 1993
- (14) BABOR T-F., HOFMANN M., DELBOCA F-K et AL Types of alcoholics: evidence
for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity.
Arch Gen Psychiatry, 1992, vol49, p. 599-608
- (15) REYNAUD M. Psychopathologie de l'usage des drogues. In : Traité
d'ADDICTOLOGIE. Paris édition Flammarion médecine-science, 2006, p.566.
- (16) VIDAL-TRECAN G, BOISSONNAS A, Usagers de drogues injectables et
buprénorphine haut dosage - Analyse des déviations de son utilisation, OFDT, Paris,
2001 : 75
- (17) Attente des usagers de drogue concernant les traitements de substitution :
expérience, satisfaction, effets recherchés, effets redoutés, AIDES, Paris, 2001
- (18) BELLO P.-Y, TOUFIK A, GANDILHON M, Tendances récentes, rapport TREND,
OFDT, Paris, 2001, p. 167
- (19) REYNAUD M. Quelques éléments pour une approche commune des addictions. In :
Traité d'ADDICTOLOGIE. Paris édition Flammarion médecine-science, 2006, p.7-8.
- (20) LE POAL M, SIMON H. Mesocorticolimbic dopaminergic network: functional and
roles. Physiol Rev, 1991, 71: 155-234.

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

- (21) SOLOMON RL. The opponent-process theory of acquired motivation: the coast of pleasure and the benefits on pain. *American psychologist*, 1980, p.691-712.
- (22) KOOB GF, NESTLER EJ. The neurobiology of addiction. *J neuropsychiatry Clin Neurosci*, 1997, p. 482-497.
- (23) KOOB GF. The role of the striatopallidal and extended amygdale systems in drug addiction. *Ann NY Acad Sci*, 1999, p. 445-460.
- (24) WISE RA. Neurobiology of addiction. *Curr Opin Neurobiol*, 1996, p.243-251.
- (25) GARDNER EL. Addictive potential of cannabinoïdes: the underlying neurobiology. *Chem Phys Lipids*, 2002, p. 267-290.
- (26) QURESHI NA, AL-GHAMDY YS, AL-HABEEB TA. Drug addiction: a general review of new concepts and future challenges. *East Mediterr Health J*, 2000, p.723-733.
- (27) MALDONADO R. Neurobiology of addiction. *Journal of Neural Transmission suppl.*, 2003, vol 66, p. 1-14.
- (28) HURD YL, SVENSSON P, PONTEN M. The role of dopamine, dynorphin, and CART systems in the ventral striatum and amygdale in cocaine abuse. *Ann NY acad Sci*, 1999, p. 499-506.
- (29) WISE R. Neurobiology of addiction. *Current Opinion in Neurobiology*. 1996, vol 6, p. 243-251.
- (30) MALDONADO R. The neurobiology of addiction. *Journal of Neural Transmission suppl.*, 2003, vol 66, p. 1-14.
- (31) TASSIN J-P. Conférence à Ernest du 13 février 2010. [en ligne]. In : Site de La lettre du collègue. Disponible sur : <http://lettre-cdf.revues.org/283>. (Page consultée le 20 février 2011)

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

- (32) SALOMON L, LANTERI C, GLOWINSKI J. Behavioral sensitization to amphetamine results from an uncoupling between noradrenergic and serotonergic neurons. *Proceedings of the National Academy of science*, 2006, vol 103, p. 3476-3481.
- (33) LE POAL M, SIMON H. Mesocorticolimbic dopaminergic network: functional and regulatory roles. *Physiol Rev*, 1991, 71: 155-234.
- (34) KOOB GF, LE MOAL M. Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 2001, 24: 97-129
- (35) PIAZZA PV, LE MOAL M. Pathophysiological basis of vulnerability to drug abuse: role of an interaction between stress, glucocorticoids, and dopaminergic neurons. *Ann Rev Pharmacol Toxicol*, 1996, 36: 359-378
- (36) JENTCH JD, TAYLOR JR. Impulsivity resulting from frontostriatal dysfunction in drug abuse: implications for the control of behaviour by reward-related stimuli. *Psychopharmacology*, 2003, 168: 44-56.
- (37) SEE RE, FUCHS RA, LEDFORD CC, McLAUGHLIN J. Drug addiction, relapse, and the amygdale. In P Shinnick-Gallagher, A Pitkane, A Shekhar, L Cahill. *Annals of the New York Academy of Sciences*. New York, New York Academy of Sciences, 2003:294-307.
- (38) SHAHAM Y, SHALEV U, LU L et al. The reinstatement model of drug relapse: history, methodology and major findings. *Psychopharmacology*, 2003, 168: 3-20.
- (39) REYNAUD M. pathologies somatiques non infectieuses des opiacés. In : *Traité d'ADDICTOLOGIE*. Paris édition Flammarion médecine-science, 2006, p.566-574.
- (40) REYNAUD M. pathologies infectieuses des opiacés. In : *Traité d'ADDICTOLOGIE*. Paris édition Flammarion médecine-science, 2006, p.579-574.

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

- (41) HEPATITE C ET PRISE EN CHARGE ADDICTOLOGIQUE Dr Laurent MICHEL, Le FLYER, Hors-série n°4 Vol. 1, Hépatite C & Usagers de drogues, Septembre 2006 & Le Flyer, N° 24, Mai 2006 [en ligne] <http://www.rvh-synergie.org>. (consulté en janvier 2010).
- (42) HEPATITE C ET USAGE DE DROGUES Dr Laurent MICHEL, Le FLYER, Hors-série n°4 Vol. 2, Hépatite C & Usagers de drogues, Septembre 2006 & Le Flyer, N° 24, Mai 2006 [en ligne] <http://www.rvh-synergie.org> (consulté le 28 Mars 2011).
- (43) PONTS : Premier Observatoire National du traitement de l'hépatite C chez les Toxicomanes Substitués. Présentation du 6^e Colloque international toxicomanies, hépatites, sida, THS 6, 7-11 octobre 2003, Aix en Provence.
- (44) Conférence de consensus traitement de l'hépatite C, Février 2002 [en ligne] <http://www.rvh-synergie.org> (consulté le 28 Mars 2011).
- (45) TROISVALLETS D. VIH et hépatites en 2007. Le FLYER [en ligne] <http://www.rvh-synergie.org> (consulté le 28 Mars 2011).
- (46) REYNAUD M. Les modèles psychologiques de compréhension des addictions. In : Traité d'Addictologie. Paris édition Flammarion médecine-science, 2006, p.64.
- (47) BERAUD J, MARCELLI D, VENISSE J, REYNAUD M. Les psychosociaux de risque, de gravité et de protection. In : M REYNAUD. Usage nocif de substances psychoactives. Paris, La Documentation française, 2002, p.59-77.
- (48) GILDER DA, WALLTL, EHLERS CL. Comorbidity of select anxiety and affective disorders with alcohol dependence in southwest California Indians. Alcohol Clin RES, 2004, Vol 28, p. 1805-1813.
- (49) LESSOV CN, SWAN GE, RING HZ. Genetics and drug use as a complex phenotype. Subt Use Misuse, 2004, p: 1515-1569.

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

- (50) REYNAUD M. Troubles psychiatriques et opiacés. In : Traité d'ADDICTOLOGIE. Paris édition Flammarion médecine-science, 2006, p. 558-560.
- (51) REYNAUD M. Thérapeutique de substitution en addictologie. In : Traité d'ADDICTOLOGIE. Paris édition Flammarion médecine-science, 2006, p.219-221.
- (52) ASHBY CR Jr, PAUL M, GARDNER EL et al. Acute administration of the selective D3 receptor antagonist SB-277011A blocks the acquisition and expression of the conditioned place preference response to heroin in male rats. Synapse, 2003, 48 p. 154-156
- (53) LERT F, Les traitements de substitution dans une stratégie de réduction des risques : entre médicalisation et politique sociale, in Développement et amélioration des programmes de substitution, 2002, éditions du Conseil de l'Europe, Strasbourg, p. 57-82
- (54) DOLE, NYSWANDER, and KREEK, Arch Int Med, 1966, 118, p. 304-309
- (55) MONTASTRUC J., Synthèse des données scientifiques sur l'utilisation des sulfates de morphine dans le traitement des personnes dépendantes des opiacés, Direction générale de la santé, ministère de la Santé, Paris, 2001
- (56) MOREL A, Traitement de substitution à la buprénorphine : l'expérience française, Revue documentaire Toxibase, 2000, 3
- (57) LERT F, Les traitements de substitution par la buprénorphine haut dosage (BHD) des sujets usagers d'héroïne en France, Le Courrier des addictions, 1999, 1(2)
- (58) STAMBUL B, La prescription de Subutex® : nouvelles opportunités, nouveaux risques, L'information psychiatrique, 1999, 1 : 63-65
- (59) CHARPENTIER A et al., À propos du Subutex, J. Pharm Clin, 1999, 18(1) : 19-21

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

- (60) DE DUCLA, Suivi de patients pharmacodépendants aux opiacés traités par buprénorphine haut dosage à partir des réseaux de soins, *Annales de médecine interne*, 2000, 151
- (61) CHOLLEY D, WEILL G, Traitement de substitution par Buprénorphine Haut Dosage, *Le concours médical*, 1999, 22-05-99(121), p. 20
- (62) Kakko J. A stepped care strategy using buprenorphine and methadone versus conventional methadone maintenance in heroin dependence: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007;164:1-7
- (63) MOREL P, Subutex : une bonne dérive qui doit être mieux cadrée, *Les Nouvelles pharmaceutiques*, 1996, 123 : 12-13
- (64) DECOCQ G et al. Complications locales après injection intraveineuse de comprimés dissous de buprénorphine, *Presse Médicale*, 1997, 26(30) : 1 433
- (65) REYNAUD M .et al. Utilisation détournée d'une association buprénorphine benzodiazépine : six décès, *Presse Médicale*, 1997, 28 : 1237-1238
- (66) BELLO P.-Y., et al. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2001, vol. 1, OFDT, Paris, 2002 .
- (67) Fudala PJ, Bridge TP, Herbert S, Williford WO, Chiang CN, Jones K, et al. Officebased treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprénorphine and naloxone. *N Eng J Med* 2003;349(10):949-58
- (68) AFSSAPS. Réglementation relative au médicament stupéfiant.[en ligne] <http://www.afssaps.fr> (consulté en décembre 2010).
- (69) Stratégie thérapeutique pour les personnes dépendantes des opiacés: Place du traitement de substitution. Texte des recommandations, [en ligne] <http://www.has-santé.fr> (consulté en décembre 2010).

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

- (70) JAYLE D. REYNAUD M. La politique française en matière de lutte contre les addictions. In : RAYNAUD M. Traité d'addictologie. Paris édition Flammarion médecine-science, 2006, p.201-204
- (71) Politiques publiques de réduction des risques. [en ligne] <http://www.inserm.fr>. (consulté décembre 2010).
- (72) TRACQUI et al. Overdoses mortelles par opiacés et opioïdes expertisées à l'Institut de médecine légale de Strasbourg : à propos de 302 observations, Journal de médecine légale droit médical, 1999, 42(1) :3-10
- (73) EMMANUELLI J, Contribution à l'évaluation de la politique de réduction des risques SIAMOIS, InVS, Paris, 2000
- (74) O.M.S. Education thérapeutique du patient : programme de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques, recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. Copenhague : Bureau Régional pour l'Europe, 1998.
- (75) Une meilleure communication médecin-patient pour de meilleurs résultats auprès des patients. Outils de communication I. Ottawa (CA): Santé Canada; 2004.
- (76) Afssaps. Bulletin n° 1, mai 2001. Consulté sur <http://afssaps.fr>, le 16 janvier 2006.
- (77) Lacroix A, Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients (Nouvelles approches de la maladie chronique). Paris : Vigot, 1998.
- (78) ETP – Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation du programme. [en ligne] sur <http://www.has-anté.fr> (consulté en Janvier 2011).
- (79) Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [en ligne] sur <http://www.has-anté.fr> (consulté en Janvier).

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

- (80) D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Paris : Vigot, 1995.
- (81) Gagnayre R, d'Ivernois JF. L'éducation du patient : problématique pédagogique. Bulletin de l'association des enseignants chercheurs en sciences de l'éducation 1995 ; 18 p: 26-34.
- (82) Faivre MA, Caillet F. Diagnostic d'éducation : élaboration d'un instrument commun pour infirmiers et diététiciennes en diabétologie. Bulletin d'éducation du patient 1996 ; 15 : 39-41.
- (83) Gagnayre R, d'Ivernois JF, Traynard PY. Les dossiers du praticien : l'éducation du patient à risque cardiovasculaire. Impact Médecin 2001 ; 525 : 1-16.
- (84) Magar Y, d'Ivernois JF. Éducation du patient asthmatique. Nouvelles approches éducatives. Rev Fr Allergol 1997 ; 37 : 342-5.
- (85) Trainard PY, Gagnayre R, d'Ivernois JF. La démarche éducative. Former un patient compétent. Impact médecin 2001 ; 525 : 1-16.
- (86) Deccache A. Du travail à l'évaluation des besoins, des effets et de la qualité de l'éducation du patient : méthodes et techniques individuelles et de groupes. Bulletin d'éducation du patient 1996 ; 15 : 70-7.
- (87) Gagnayre R. Approche pédagogique de l'éducation du patient : méthodes et évaluation. Bulletin d'éducation du patient 1997 ; 15 : 87-92.
- (88) D'Ivernois JF, Jacquemet S. Les enjeux, les méthodes, les évaluations de l'éducation du patient. Colloque CFES : l'éducation pour la santé des patients un enjeu pour le système de santé, 1999.
- (89) Gagnayre R, Magar Y, d'Ivernois JF. Éduquer le patient asthmatique. Paris : Vigot, 1998 ; 82-3.

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

- (90) Assal JP. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de la prise en charge. Paris : Elsevier. Encycl Méd Chir Thérapeutique 1996 ; 25-005-A-10 : 18.
- (91) D'Ivernois JF. Éducation du patient en pathologie chronique. Thérapeutiques médicales non médicamenteuses. Collection Abrégés. Paris : Masson, 1998 ; 287-95.
- (92) Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- (93) Anaes. Service des recommandations et références professionnelles. Juin 2001. Consulté sur <http://www.anaes.fr>, le 11 février 2006.
- (94) « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies » Recommandation de l'OMS. [en ligne] sur <http://www.has-anté.fr> (consulté en Janvier 2011).
- (95) « Quelles pratiques et compétences en Education du patient » Recommandations de l'OMS. [en ligne] sur <http://www.has-anté.fr> (consulté en Janvier 2011).
- (96) « Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France » - SFSP-13 juin 2008. [en ligne] sur <http://www.has-anté.fr> (consulté en Janvier 2011).
- (97) Article R. 711- 6-4 du CSP. [en ligne] sur <http://legifrance.gouv.fr> (consulté en Janvier 2011).
- (98) La circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local d'animateur local de santé. [en ligne] sur <http://www.has-anté.fr> (consulté en Janvier 2011).
- (99) Discours prononcé lors de l'inauguration du salon Hôpital Expo par madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

associative, mardi 27 mai 2008. [en ligne] sur <http://www.inpes.sante.fr> ((consulté en Janvier 2011).

(100) Rapport Bachelot « POUR UNE POLITIQUE NATIONALE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT » septembre 2008. [en ligne] sur <http://www.inpes.sante.fr> ((consulté en Janvier 2011).

(101) Guilbert J.-J., « Guide pédagogique pour le personnel de santé », OMS : publication off-set n° 35, Genève, 1982.

(102) Lacroix A., Assal J.-Ph., « l'Éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique ». Éd. Vigot, Paris, 1998.

(103) Grenier J.-L., Gross P., Lepent, Bricoteau D., Lamaille G. : « Le développement des structures alternatives à l'hospitalisation permanente et de l'éducation du patient peut-il être une des solutions de diminution du coût de santé ? » Expérience du Centre d'éducation pour le traitement du diabète et des maladies de la nutrition (CENTRADIMN), COPSICOM Nancy (1999-2011).

(104) Structuration d'un programme D'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques juin 2007. [en ligne] sur <http://www.has-anté.fr> (consulté en Janvier 2011).

(105) Albus A, Kulser B, Petrak C, Kruse J, Hirsch J, Herpertz S. Clinical guidelines: psychosocial factors and diabetes mellitus [clinical version]. Bad Mergentheim: The German Diabete Association; 2004.

(106) Assal JP. Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité : une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge. *Encycl Méd Chir Thérapeutique* 1996;25005- A10:13-30.

(107) Assal JP, Golay A. Le suivi à long terme des patients chroniques : les nouvelles dimensions du temps thérapeutique. *Rev Méd Suisse* 2001; 2353.

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

- (108) Bartlett EE. Behavioral diagnosis: a practical approach to patient education. Patient Educ Couns Health Educ 1982;4(1):205-10.
- (109) Bruchon-Schweitzer M. Un modèle intégratif en psychologie de la santé. In: Fischer GN, ed. Traité de psychologie de la santé. Paris: Dunod; 2006. p. 47-71.
- (110) Brun MF, Gagnayre R, Libion F, Deccache A. Elaboration d'un cahier des charges - Pôles de prévention et d'éducation de Picardie. Octobre 2003-octobre 2004. Tome 1. Pôles de prévention et d'éducation de Picardie.
- (111) D'Ivernois JF, Gagnayre R. Mettre en oeuvre l'éducation thérapeutique. Actualité et Dossier en Santé Publique 2001;(36):11-3.
- (112) D'Ivernois JF, Lacroix A, Assal J-P. Education thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique. 2ème ed. Paris: Maloine; 2003 ; 240 p.133.
- (113) D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. 2ème ed. Paris: Maloine; 2004 ; 156 p.
- (114) ETP- Définition ? Finalité et organisation- recommandations.[en ligne] sur <http://www.has-anté.fr> (consulté en Janvier 2011).
- (115) ETP- Comment la proposer et la réaliser ? [en ligne] sur <http://www.has-anté.fr> (consulté en Janvier 2011).
- (116) ETP- Comment élaborer un programme Spécifique. [en ligne] sur <http://www.has-anté.fr> (consulté en Janvier 2011).
- (117) TOUBIN RM. , CHANTAL C., Enceinte et toxicomane .Une expérience de suivi et d'accompagnement pluridisciplinaire au CHU de Montpellier.Le Flyer HS N°1, juin 2003. [en ligne] <http://www.rvh-synergie.org> (consulté le 28 Février 2011).
- (118) CAYOL V. & CORCOS M., Grossesse et Toxicomanie : complications obstétricales substitution. La revue du Praticien. Gynécologie et obstétrique 2001, no51, pp. 9-12.

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

- (119) FRANCHITTO M. C. et al., Toxicomanie, femmes enceintes et maternité : une nécessaire évolution de la prise en charge, Toxibase, 2ème semestre 2000, 1-13.
- (120) JUBINEAU C., Grossesse et Méthadone : en résumé, Flyer HS n°1, juin 2003. [en ligne] <http://www.rvh-synergie.org> (consulté le 28 Mars 2011).
- (121) POCKET O., Méthadone et grossesse : revue récente de la littérature, Flyer HS n°1, juin 2003. [en ligne] <http://www.rvh-synergie.org> (consulté le 28 Mars 2011).
- (122) GS Wilson, Clinical studies of infants and children exposed prenatally to heroin. Ann N Y Acad Sci. 1989; p:183-94.
- (123) SIMMAT-DURAND L, Actualités bibliographiques : Grossesse et drogues illicites. Déviance et Société, 2002, 26, p 105-126.
- (124) AUBERT JP, Grossesse et consommation de drogues: comment contrôler les risques ?, La Revue du Praticien Médecine Générale, 14; 485; 24/1/2000; p 121-123.
- (125) RICHARD D et al, L'héroïne. [en ligne] www.toxibase.org/Pdf/Revue/dossier_heroine.pdf. (consulté en février 2011).
- (126) LEJEUNE C et al, Grossesse et substitution. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés,
- (127) OFDT, Juillet 2003 paru dans Drug and Alcohol Dependence 82 (2006) 250–257.
- (128) Lejeune C, et al., Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants. Arch Pediatr 1997; 4: 263-70.
- (129) Wisborg K., et al. A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS. Arch Dis Child 2000 ; 83 : 203- 206.
- (130) Lejeune C. Syndrome d'alcoolisation foetale. Devenir 2001 ; 13 :77-94.

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

- (131) Les recommandations de la conférence de consensus du mardi 30 novembre 2004 à l'ANAES.
- (132) Lejeune C. et al. Devenir médico-social de 59 nouveau-nés de mère toxicomane. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1997; 26: 395-404.
- (133) Hagopian GS et al. Neonatal outcome following methadone exposure in utero. *J Matern Fetal Med* 1996; 5: 348-354
- (134) Mac Carthy JE, et al. Outcome predictors in pregnant opiate and polydrug users. *Eur J Pediatr* 1999; 158 : 748-749
- (135) Kaltenbach K, et al., Opioid Dependence During Pregnancy : Effects and Management. *Obstet. & Gynecol Clinics of N. Amer.* 1998; 25 (1) : 139-51.
- (136) Ward J, et al., Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet* 1999; 353 p: 221-6.
- (137) Lejeune C. Spécificités de prise en charge de certaines populations. Femmes enceintes toxicomanes et périnatalité. HAS 1er et 2 février 2007.
- (138) Fundaro C et al. Neonatal abstinence syndrome and maternal toxicological profile. *Minerva Pediatr* 1994 ; 46 : 83-88
- (139) Mayes LC, & Carroll KM. Neonatal withdrawal syndrome in infants exposed to cocaine and methadone. *Subst Use Misuse* 1996; 31: 241-253.
- (140) Finnegan L.P. Women, pregnancy and methadone. *Heroin Add. and Rel. Clin. Probl.* 2(1), 2000, pp : 1-8

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

- (141) Jarvis M. et al., Alterations in methadone metabolism during late pregnancy. *Journal of Addictive Diseases*, 18(4), 1999, p: 51-61.
- (142) Wojnar-Horton RE. et al., Methadone distribution and excretion into breast milk of clients in a methadone maintenance programme. *Br J Clin Pharmacol* 1997; 44: 543-7.
- (143) American Academy of pediatrics Committee on Drugs: The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 1994; 93: 137-50.
- (144) Departement of health. Drug misuse and dependance : guidelines on clinical management, 1999 p. 82.
- (145) Chang G. et al, Improving treatment outcome in pregnant opiate-dependant women. *Journal of substance abuse treatment*, 9, 327-330, 1992.
- (146) Van Woensel G & Beyra-Vanneste AL., Maternité et toxicomanie : état des connaissances. *Revue de la Médecine Générale*, N° 171 mars 2000, pp 124-134
- (147) Kaltenbach K. et al., Opioid dependence during pregnancy. *Obstetrics and gynecology. Clinics of North America*, 25(1), 03/1998, pp: 139-151.
- (148) Finnegan LP., Treatment issues for opioid dependent women during during the perinatal period. *J Psychoactive Drugs* 1991; 23 (2) : 191-202.
- (149) Archie C., Methadone in the management of narcotic addition in pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 10, 1998, pp 435-440.
- (150) OLLY P. Prise en charge de la douleur chez le patient usager de drogues. Dr Pascale, Unité Mobile de Soins Palliatifs, CHU Le Raincy-Montfermeil Le Flyer N°6. [en ligne] <http://www.rvh-synergie.org> (consulté le 28 Mars 2011).

**Place de l'éducation thérapeutique pour les patients dépendants aux opiacés :
Outils de travail interdisciplinaire**

- (151) Posologies élevée de méthadone pour des patients avec des douleurs chronique. Significantly higher methadone dose for methadone maintenance treatment (MMT) patients with chronic pain. Einat Peless et al., Tel-Aviv, Israël, Pain 113 (2005) 340.
- (152) Wilbourne PL et al. Benzodiazepine and methadone use is associated with longer neonatal withdrawal in poly-substance exposed infants (Abstract 572). Am J Obstet Gynecol 2000; 182: S177.
- (153) Sutton LR & Hinderliter SA. Diazepam abuse in pregnant women on methadone maintenance. Implications for the neonate. Clin Pediatr 1990; 29: 108-111.
- (154) Hépatite C, consommation de drogues et d'alcool : Quel impact, quelle prise en charge ? Dr Pascal MÉLIN, Le Flyer N° 20, Mai 2005[en ligne] <http://www.rvh-synergie.org> (consulté en février 2011).

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la faculté et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la Santé Publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Place de l'Education Thérapeutique pour les Patients dépendants aux opiacés en officine : outil de travail interdisciplinaire

RESUMÉ DE LA THÈSE

Adoptée le 21 juillet 2009, la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) reconnaît l'intégration de l'éducation thérapeutique dans le parcours de soin des patients atteints de maladies chroniques. Les professionnels de la santé ont ainsi l'opportunité de collaborer avec le patient pour améliorer sa prise en charge. Cette démarche éducative sera d'autant plus difficile à mettre en place si la pathologie concernée est complexe, exigeant une prise en charge pluridisciplinaire comme l'est l'addiction aux opiacés. Un livret de suivi consignait les éléments nécessaires à l'apprentissage et à l'amélioration de la prise en charge de la maladie, pourrait constituer un nouvel outil d'échange synergique entre les différents acteurs de santé (patients, médecin, pharmacien) et ce, pour un meilleur suivi du malade.

MOTS CLES :

Education thérapeutique du patient, addiction, pharmacien, réseau de santé, pluridisciplinarité, traitement de substitution.

TITLE

Place of Therapeutic Education for Patients dependent on opioids in pharmacies: a tool for interdisciplinary work

ABSTRACT

Passed in 2009/07/21, the law: HPST acknowledges therapeutic education's integration into patient affected by chronic disease's term care.

Thereby health professional can improve patient's support. This educational approach will be harder if the disease require, as opiate addiction, a multidisciplinary support. A follow up booklet containing informations necessary to improve disease's support could be a new tool between health professional (Doctor, Chemist) and patients.

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Faculté de Pharmacie de Limoges, 2 rue du Docteur Raymond Marcland, 87025 Limoges
Cedex